Nr. 1. 3. stycznia 1932. Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. Ksawery LEWKOWICZ. Kraków.

Patogeneza i odporność w zakażeniach dróg oddechowych.

Grypa, zapalenie płuc[1]).

Z Kliniki dziecięcej Uniw. Jag.

Sprawy grypowe, popularnie zwane zaziębieniami lub katarami, należą we wszystkich okresach życia do schorzeń bardzo częstych. Wprawdzie u dorosłych rzadko tylko stanowią one jako takie bezpośrednie zagrożenie życia, ale przecież i w tym wieku wchodzą poważnie w rachubę, choćby przez wywoływanie powtarzającej się, czasowej niezdolności do pracy. U dziecka, zwłaszcza u dziecka małego, znaczenie ich jest nieporównanie większe, gdyż tutaj stają się często niebezpiecznemi, czyto same przez się, czy jako zjawiska wikłające różne cierpienia podstawowe, lub znowu przeciwnie odbijające się w sposób dotkliwy zaburzeniami czynności takich ważnych narządów, jakim jest w szczególności przewód pokarmowy.

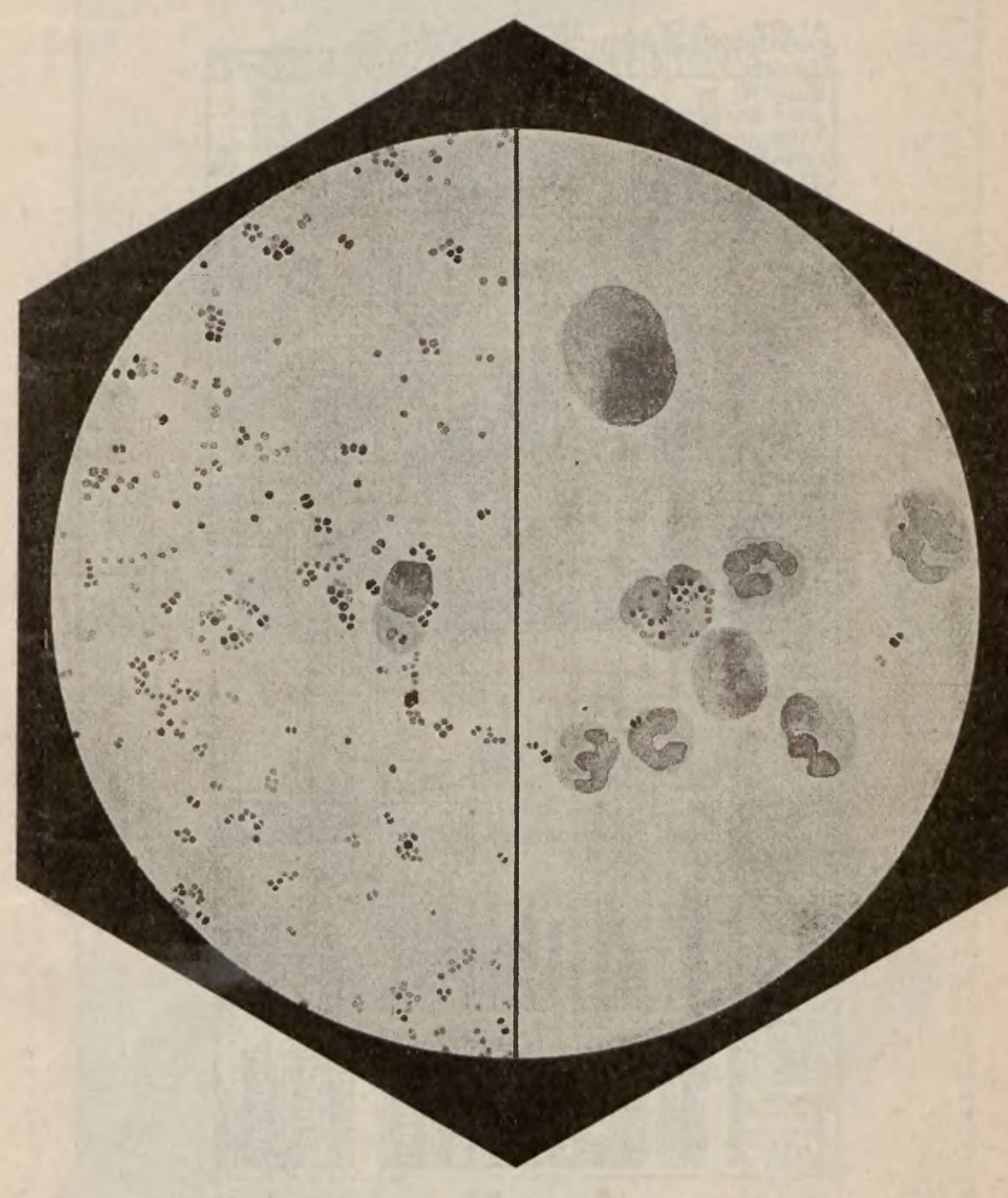
Mimo tego niewątpliwie wielkiego praktycznego znaczenia grypy i tej okoliczności, że stanowi ona codzienny chleb lekarza, wiadomości nasze o niej pozostawiają jeszcze w wielu kierunkach dużo do życzenia. Badania nastręczają tu widocznie bardzo wielkie trudności, w których omawianie nie mogę się wdawać; zaznaczę tylko z góry, że aby ułatwić sobie zadanie, włączymy do naszych rozważań zapalenie nagminne opon. Jest to tem usprawiedliwione, że chorobę tę musimy uważać za nieżytowe, inaczej grypowe zapalenie komór mózgowych; jest zaś dlatego pożądane, że warunki dla badań przedstawiają się tu znacznie korzystniej, niż w grypowych zakażeniach śluzówek oddechowych. Chodzi mianowicie o zakażenie ściśle określone, dodatkowe zakażenia nie wchodzą tu zupełnie w rachubę, a w płynie mózgowordzeniowym mamy materjał, nadający się wybornie do wszelkiego rodzaju badań. Zobaczymy na przykładach, że można rzeczywiście tą drogą otrzymać niejedną cenną wiadomość.

Zakażeniem musi być oczywiście dotknięta pierwotnie przedewszystkiem warstwa nabłonkowa. Wczesne zajęcie przynależnych gruczołów świadczy jednak, że zarazki nieżytowe przerastają z reguły nabłonek i dostają się do dróg chłonnych. Stąd mogą one wtargnąć, o ile przełamią zaporę gruczołową, nawet do krwi, jak o tem świadczą zdarzające się niekiedy w następstwie grypy, zwłaszcza u niemowląt, sprawy przerzutowe, np. zapalenia stawów, opon. W związku z tem wnikaniem zarazków i ich jadów wgłąb ustroju, zjawiają się objawy ogólne, przedewszystkiem gorączka. Ten sam czynnik musi jednak zarazem stanowić bodziec dla powstawania ogólnego swoistego uodpornienia.

O ile chodzi o miejscowe zjawiska, rozwijające się na zajętych błonach, to trzeba podnieść, że w razie masowego zakażenia może brakować zupełnie ropienia tak, jakby zarazki działały w tych warunkach odpychająco na krwinki białe. Widzimy takie krańcowo bezropne stany w pewnych przypadkach zapaleń komór mózgowych (patrz ryc. 1 i 2), ale to samo można także spostrzegać na śluzówkach oddechowych. Ten brak odczynu miejscowego zasługuje z tego względu na uwagę, że ułatwia on niewątpliwie powstanie zakażenia ogólnego. Przypomnę tutaj pracę Droby i Kučery, którzy, badając histologiczne preparaty górnej części jamy nosowej z przypadku nagminnego zapalenia opon o przebiegu piorunującym, stwierdzili, że komórki nabłonkowe były wprost naszpikowane meningokokami, a w tkance podśluzowej zarazki te układały się w pasemka, odpowiadające przebiegowi naczyń chłonnych. Wszystko to odbywało się widocznie bez wyraźniejszego oddziaływania ze strony bezbronnego organizmu.

Przeważnie jednak, albo już prawie od samego początku, albo przynajmniej w jakiś czas od wybuchu choroby, rozwija się ropienie i mniejsza lub większa fagocytoza zarazków przez ziarniste krwinki białe wielojądrzaste, leukocyty, ściślej granulocyty, inaczej ciałka ropne.

Czy leukocyty zdolne są do pochłaniania i niszczenia zarazków, jeżeli to są nienaruszone i nieuczulone, to jest conajmniej wątpliwe. O ile w szczególności chodzi o pneumokoka, to ten, nawet w stanie zabitym, jeżeli na niego nie zadziała homologiczna surowica, nie ulega pochłonięciu przez fagocyty; a znów bez współdziałania fagocytów surowica swoista — czy *in vivo* osocze — nietylko nie jest go zdolna zniszczyć, ale nawet nie upośledza jego plenności (Mennes, Neufeld i współpracownicy, Barber, według Neufelda i Schnitzera, str. 961). Poza dostarczaniem fagocytów ropienie ma też spełniać drugie niemniej ważne zadanie, mianowicie doprowadza ono z wysiękiem



Ryc. 1.

Przypadek 52. Mężczyzna lat 40. Zapalenie nagminne opon. 6. dzień choroby.

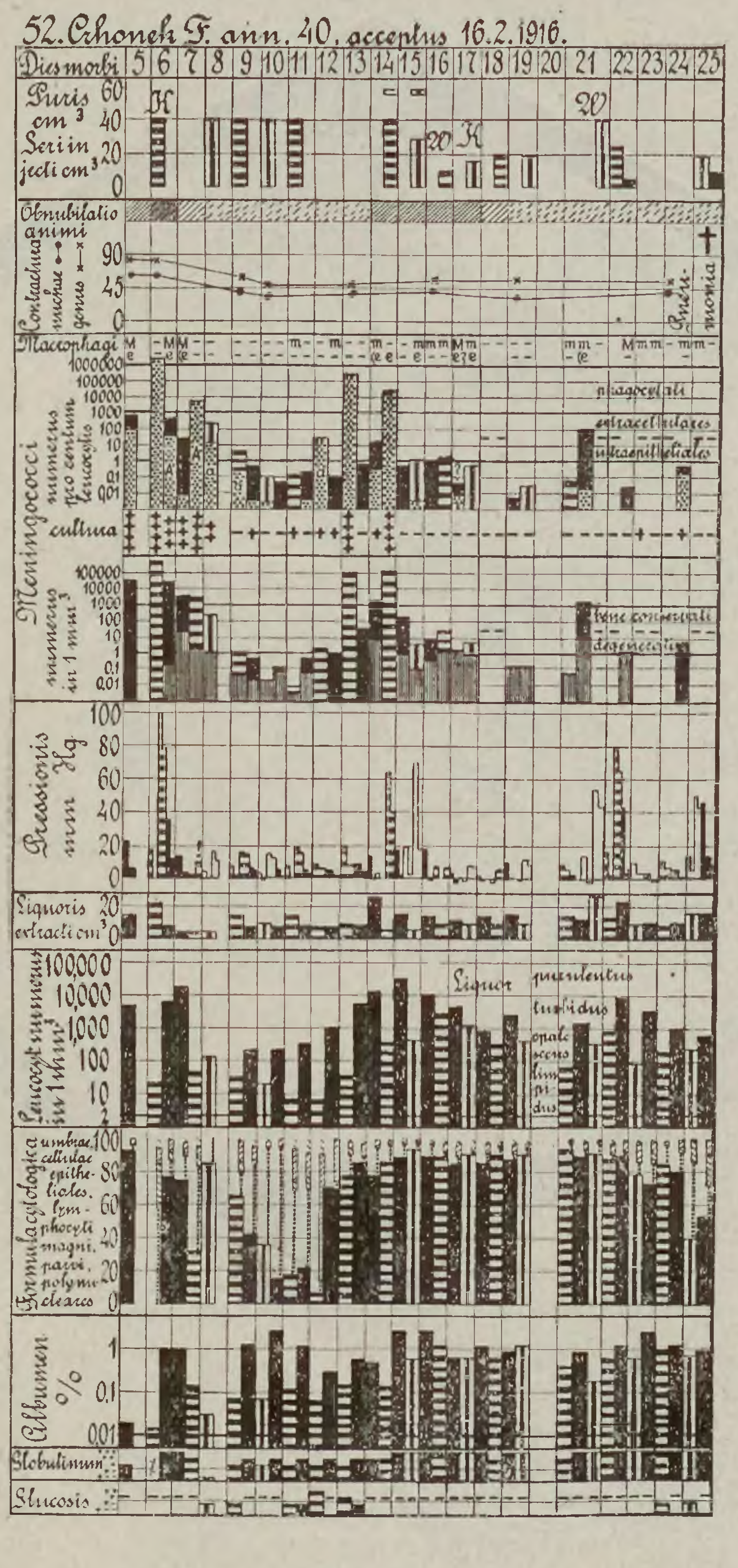
Po lewej stronie osad z płynu komorowego: ogromne ilości meningokoków leżących wyłącznie zewnątrzciałkowo i robiących wrażenie czystej hodowli, jeden limfocyt.

Po stronie prawej osad z płynu rdzeniowego: meningokoki w miernej ilości, częściowo zewnątrzciałkowe, częściowo zaś pochłonięte przez fagocyty; na polu 6 ciałek wielojądrzastych, z tych 3 z pochłoniętemi meningokokami, 2 duże komórki jednojądrzaste. Barwienie zielenią metylową i pironiną według Pappenheima. Powiększenie 1000:1.

ciała ochronne do ogniska zakażenia. Jeżeli chodzi o ogniska w głębi ustroju, np. o zapalenie opłucnej, ma to mniejsze znaczenie, gdyż osocze, wydobywające się z naczyń jako wysięk, ulega tu rozcieńczeniu co najwyżej przez niewielkie ilości soku tkankowego, wysięk więc, nawet w zapaleniu surowiczem, jest bogaty w białko, tem samem także w ciała ochronne, o ile chory jest ogólnie uodporniony. Na śluzówkach sprawa nie przedstawia się już tak prosto, gdyż, oprócz rozcieńczenia przez sok tkankowy, wchodzi tu w grę o wiele znaczniejsze rozcieńczenie wydzielinami, których wytwarzanie w stanie zapalnym znacznie się wzmaga. Szczególnie zaś niekorzystne warunki, które jednak tylko

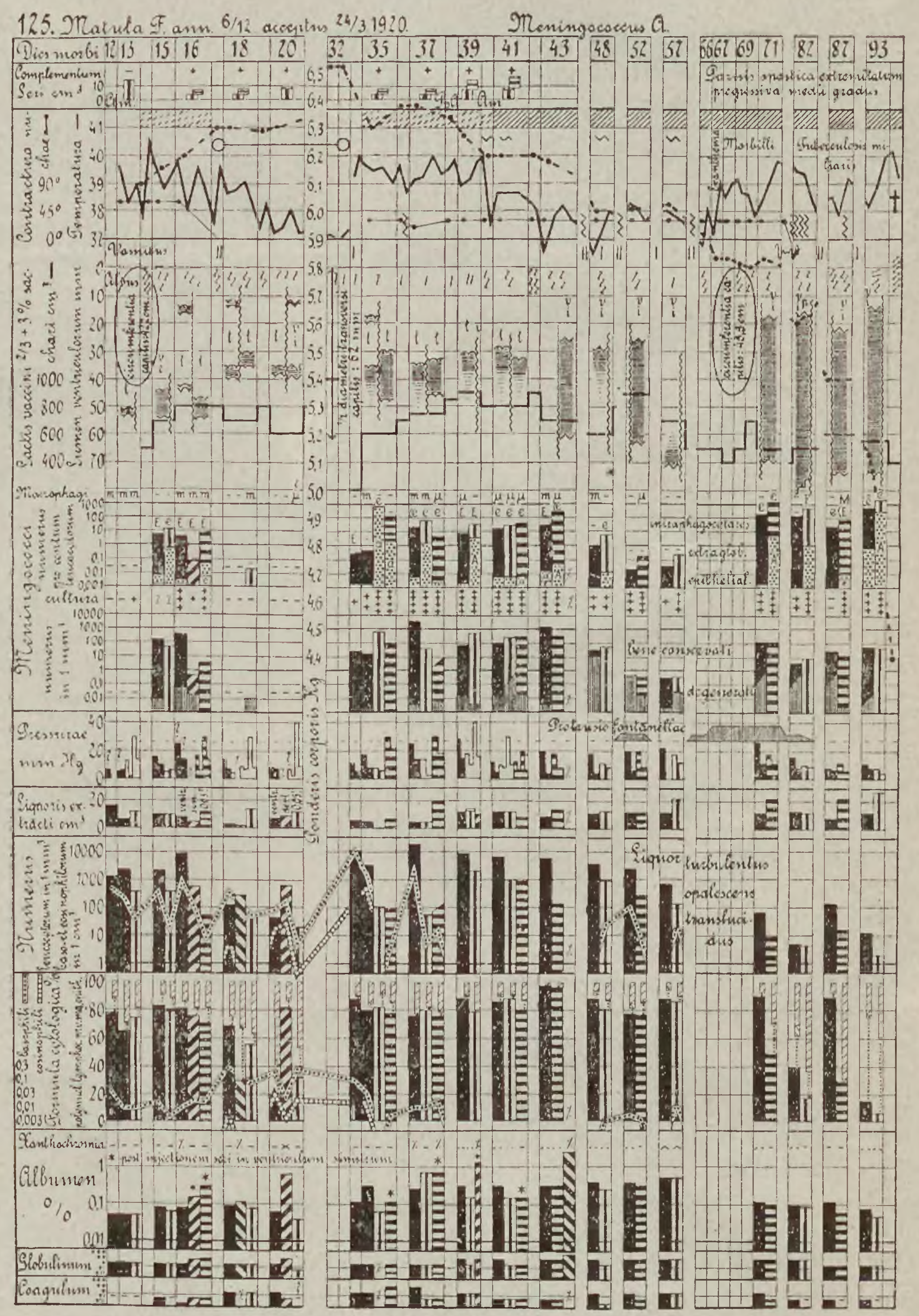
[1]) Referat programowy, wygłoszony na IV. Zjeździe Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich w Warszawie, dnia 2 listopada 1931 r.

uwypuklają to, co się dzieje na śluzówkach, istnieją pod tym względem w komorach mózgowych, gdyż znajdujące się w nich sploty naczyniaste wydzielają płyn mózgowo-rdzeniowy, ten więc zawsze musi bardzo znacznie rozcieńczać tworzący się wysięk. Widzimy też, że jedynie wtedy, jeżeli w komorach odbywa się ropienie, osocze nie ulega w płynie nadmiernemu rozcieńczeniu, ale mimo to i w tym wypadku zawartość białka waha się zwykle tylko koło 0,04%, coby odpowiadało zawartości 0,5% osocza, a jedynie w późniejszych okresach choroby zawartość dojść może do 0,5%, co odpowiada 6%-wemu osoczu. Przeciwnie, jeżeli zapalenie ma charakter surowiczy, a nie ropny (mała ilość ciałek w płynie, przewaga w osadzie limfocytów, a nie ciałek wielojądrzastych), to zawartość białka w płynie komorowym jest w przybliżeniu taka, jak w stanie prawidłowym, coby znaczyło, że płyn ten, praktycznie biorąc, nie otrzymuje z krwi żadnego osocza, nie pobiera więc stamtąd także żadnych ciał ochronnych. Istnieją dwa stany, w których, mimo obecności zakażenia, nie stwierdza się ropienia: zakażenie masowe i zakażenie utajone. Zajmę się narazie pierwszem i przypomnę jedno z moich dawniejszych spostrzeżeń (przypadek 125 z VI. doniesienia, 8 b, rycina 3), które naprzód zwróciło moją uwagę na zależność zawartości osocza w płynach od natężenia ropienia. Chodziło o dziecko z nawrotem zapalenia nagminnego komór i opon, u którego, pod wpływem gruźlicy prosówkowej, zakażenie meningokokowe wzmogło się pod koniec życia 100-krotnie, ale ropienie przeciwnie prawie zupełnie zanikło. W związku z tą zmianą, zawartość białka w płynie komorowym spadła (dzień 57 i 93) z 0,5% na 0,05%, zatem przymieszka osocza z 6% na 0,6%. Nie jest to wcale fakt odosobniony, gdyż z zupełnie podobnem zjawiskiem — tym razem jednak bez przyczynienia się jakiegoś obcego zakażenia — spotykamy się w przypadku 141, w dniu 14 (patrz rycina 4 z VII. doniesienia, 8 c). Zakażenie wzmaga się w tym dniu w sposób niebywały, równocześnie zaś ropienie prawie zupełnie zanika, a zawartość białka, którą poprzednio w komorze prawej oznaczano na 0,04% spada na 0,004%. Możnaby przytoczyć więcej przykładów podobnej zależności; poprzestanę na jednym jeszcze, w którym te stosunki wystąpiły w sposób szczególnie jaskrawy. Chodzi o wspomniany już przypadek 52 (II. doniesienie, 8 a i omówienie w VI. doniesieniu, 8 b, str. 383). Jak ryciny 1 i 2 wskazują, w 6-tym dniu choroby stwierdzono w płynie komorowym niebywałe wprost ilości meningokoków, mianowicie 2,500.000 na 100 ciałek białych, a 525.000 w 1 mm³. Mimo to nie było w tym płynie ani jednego wielojądrzastego ciałka, nie było więc ani śladu ropienia. Niewątpliwie też w związku z tem zawartość białka wynosiła tylko 0,015%, leżała więc zupełnie w zakresie stanu prawidłowego.



Ryc. 2.

Przypadek 52. (j. w.). Graficzne przedstawienie przebiegu i wyników badań. Płyn komory prawej, pobrany przed wstrzyknięciem surowicy, zawierał w 6 dniu choroby (słup poprzecznie prążkowany) 21 ciałek w 1 mm³. Na 100 ciałek było (wzór cytologiczny): wielojądrzastych 0, limfocytów małych (część kropkowana) 58, limfocytów dużych i nabłonków 36, cieni 6. Meningokoków było 2,500.000 na 100 ciałek białych, a więc 525.000 w 1 mm³; wszystkie były zewnątrzciałkowe, były dobrze utrzymane, a hodowla dała b. obfity, jednostajny pokład. Zawartość białka wynosiła 0,015%. Płyn rdzeniowy pobrano po dokomorowem wstrzyknięciu surowicy. Zawierał on (słupy czarne) 6550 ciałek białych w 1 mm³. Na 100 ciałek było: neutrofilów wielojądrzastych 77, limfocytów małych 9, dużych i śródbłonków 13, cieni 1. Meningokoków było 460 na 100 ciałek białych, zatem 30.000 w 1 mm³; około 30% było pochłoniętych przez granulocyty, resztę stanowiły ziarenkowce zewnątrzciałkowe i te były silnie zaglutynowane, co jest dowodem, że surowica wstrzyknięta dokomorowo dostała się w znacznem stężeniu do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia. Około 1/3 meningokoków była uszkodzona; hodowla: kilkaset osad. Białka 1%.

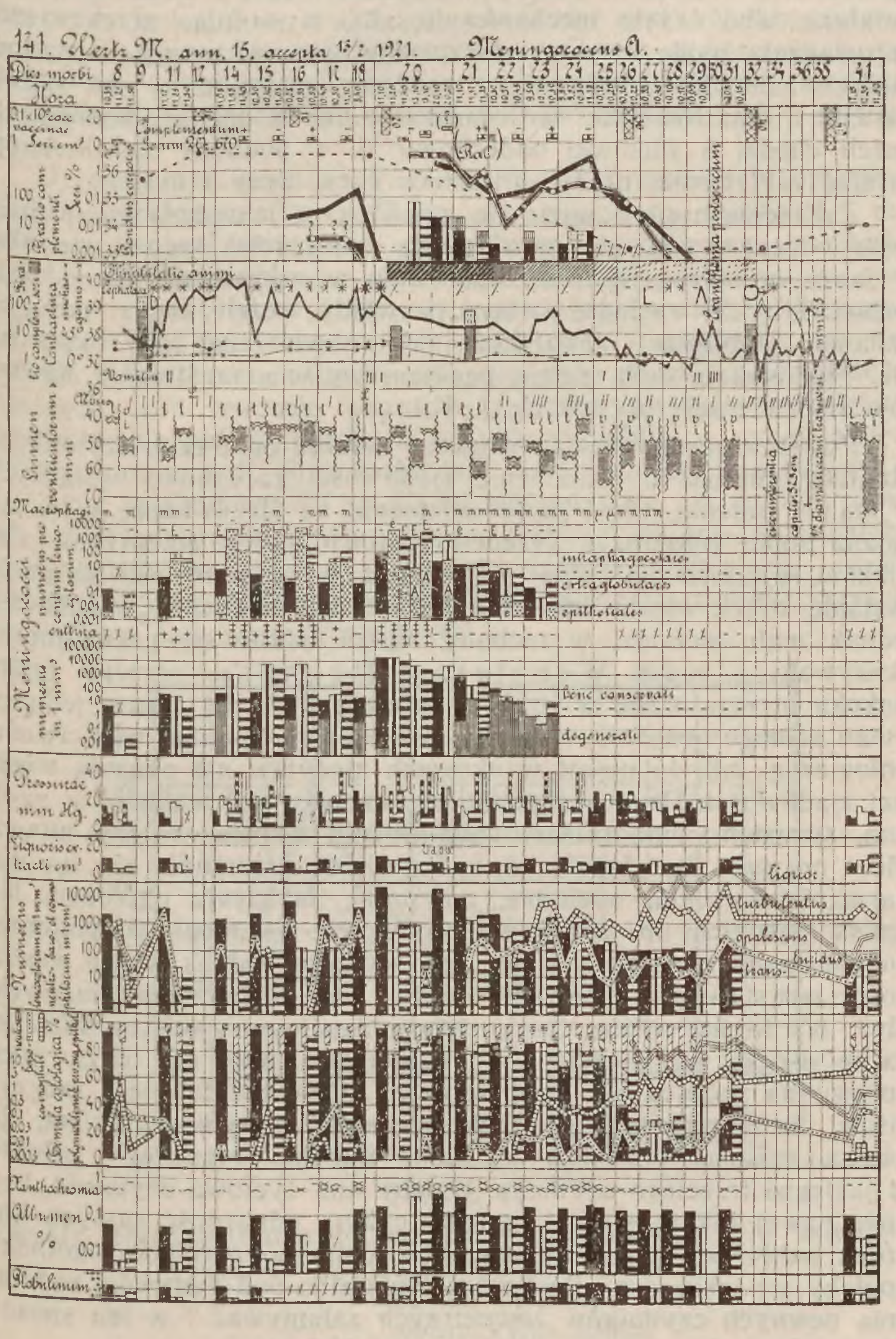


Ryc. 3.

Przypadek 125. Dziecko 6-miesięczne. Zapalenie nagminne opon. Dnia 20 wyleczenie; dnia 34 nawrót; dnia 66 odra, a 82 gruźlica prosówkowa. Dnia 57 komora lewa (słupy z pręgą podłużną): 145 ciałek w 1 mm³, z tego było wielojądrzastych 86%, limfocytów małych 4, dużych i nabłonków 10%. Meningokoków 0,23 na 100 ciałek białych, zatem 0.33 w 1 mm³, wszystkie sfagocytowane, 60% zwyrodniałych; hodowla: kilkaset osad. Białka 0.5%. — Dnia 93 komora lewa: 2 ciałka w 1 mm³; z tego 6% wielojądrzastych, 55% limfocytów małych, 39% śródbłonków. Meningokoków 2000 na 100 ciałek białych, zatem 40 w 1 mm³, 15% w fagocytach, reszta zewnątrzciałkowe i wyraźnie zaglutynowane. Hodowla: jednostajny pokład. Białka 0.05%.

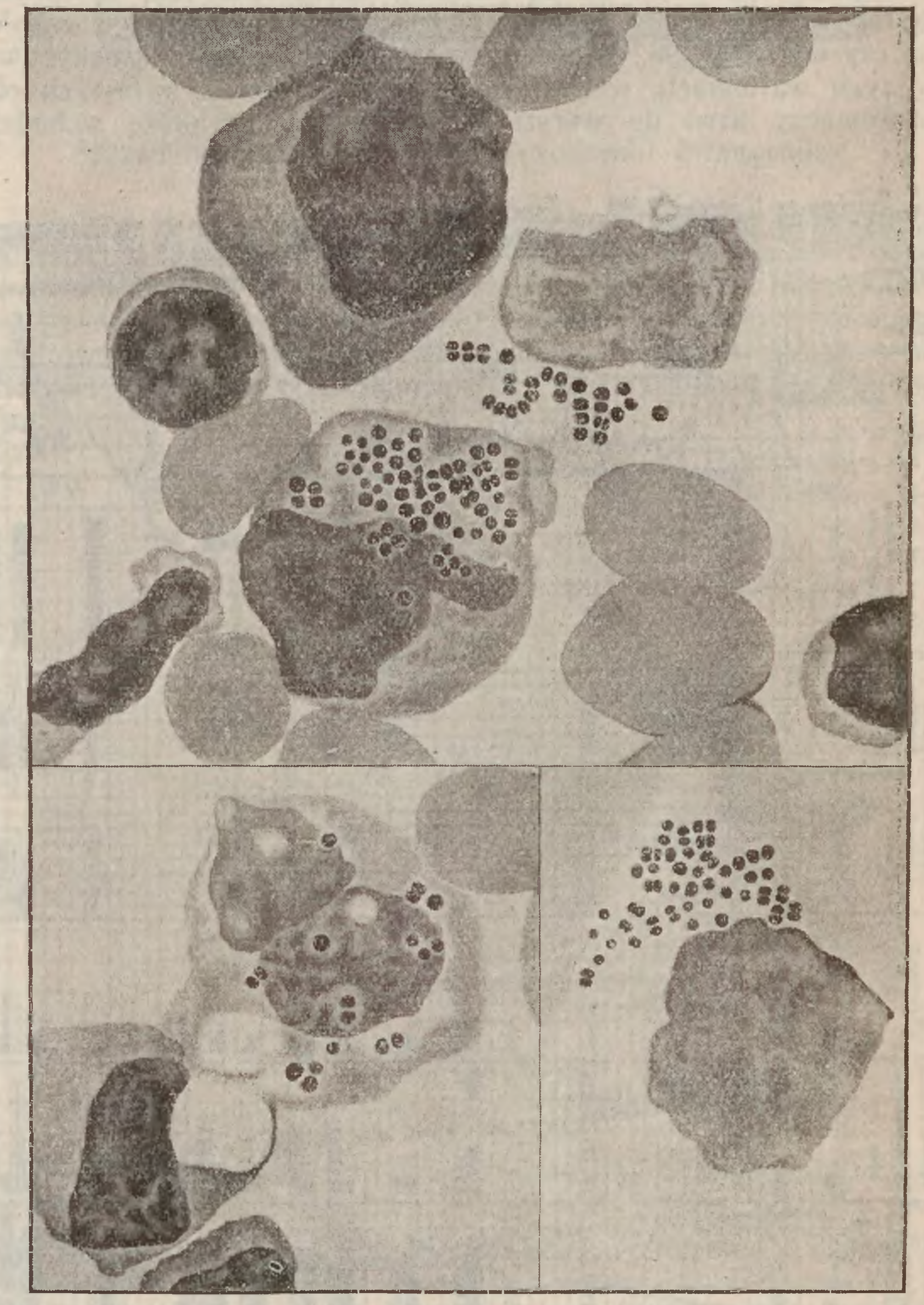
Na podstawie tych wszystkich danych musimy dojść do wniosku, że doprowadzenie do zakażonej warstwy nabłonkowej mało rozcieńczonego osocza, jako części płynnej wysięku zapalnego, jest ściśle zależne od natężenia ropienia, a — wbrew temu, co dotąd jesteśmy skłonni przyjmować — nie jest wcale związane bezpośrednio z natężeniem samego zakażenia. Okazuje się z tego, że nie toksyczne działanie zarazków na naczynia, ale jedynie tylko wywołane przez zarazki ropienie, w związku niewątpliwie z przedzieraniem się krwinek białych z naczyń nazewnątrz do tkanek, jest w możności naruszyć w większej mierze szczelność ścian naczyniowych i uczynić je przepuszczalnemi tak, że będą teraz z łatwością przechodzić przez nie ciała białkowate, a także ilość wysięku będzie obfita. Jeżeli więc ropienie się rozwinie, a ustrój w międzyczasie zdołał osiągnąć dostateczne ogólne uodpornienie, to doprowadzone do zarazków osocze zadziała na nie swoiście, „uczuli je", czy zopsonizuje i wtedy dopiero staną się one łatwym łupem granulocytów. Tą drogą może niewątpliwie nastąpić stłumienie zakażenia.

się do wyleczenia samoistnego, lub skończyło się świeżo takiem wyleczeniem (zawsze oczywiście względem zakażającego szczepu) wartość leczniczą osocza, a równocześnie wartość płynu komorowego i rdzeniowego, to stwierdzamy stale, że wartości obu płynów przewyższają kilkakrotnie te, otrzymane z obliczenia wartości, któreby były wynikiem samej tylko obecności w płynach osocza. Najlepiej wyjaśni to przykład. Wartość surowicy wynosi, powiedzmy, 60. Liczba ta wyraża, że do rozcieńczenia 1 : 60 daje ona jeszcze wiązanie dopełniacza. Białka w płynie komorowym jest 0,04%. Mnożymy tę cyfrę przez 12 i otrzymujemy w ten sposób zawartość osocza w płynie: 0,5% czyli 1 : 200. Ze względu na zawartość osocza wypadałaby wobec tego dla płynu komorowego wartość 60 : 200 = 0,3. Znaczy to, że płyn taki dopiero po trzechkrotnem zagęszczeniu mógłby dać dodatni odczyn. Jeżeli w rzeczywistości daje go w rozcieńczeniu 1 : 2, zatem jeżeli wartość jego wynosi 2, to jest ona prawie 7 razy wyższa od wartości obliczonej. Wartości rzeczywiste są w tych razach przeważnie trzy razy wyższe od obliczonych.



Ryc. 4

Przypadek 141. Dziewczę 15-letnie. Zapalenie nagminne opon. Dnia 12 wstrzyknięcie szczepionki. Dnia 14 po upuszczeniu płynów do badań wstrzyknięto pierwszy raz surowicę. W tymże dniu komora lewa: 32 ciałek białych w 1 mm³; z tego: 1%. wielojądrzastych. Meningokoków 4000 na 100 ciałek białych, a więc 1300 w 1 mm³, prawie wyłącznie zewnątrzciałkowe i dobrze utrzymane. Hodowla: jednostajny pokład. Białko 0.006%. — Komora prawa: 16 ciałek w 1 mm³, 30% wielojądrzastych. Meningokoków 110 na 100 ciałek białych zatem 18 w 1 mm³; zewnątrzciałkowe, dobrze utrzymane, dają w hodowli jednostajny pokład. Białka 0.004%.



Ryc. 5.

Przypadek 115. Chłopiec 13-letni. Przewlekłe zakażenie komór pseudomeningokokiem. Dzień 243, w przeddzień wybuchu zaostrzenia. Osad z płynu komorowego; obraz skombinowany z 3 pól. Obfite zakażenie nielicznych komórek nabłonkowych, odosobnionych lub złączonych w płatki. Protoplazma niektórych z tych komórek zupełnie niezabarwiona tak, że ziarenkowce leżą pozornie zewnątrzciałkowo; jądro ich znacznie zwyrodniałe. Oprócz nabłonków na polu limfocyty małe i krwinki czerwone, pochodzące z nakłucia. Barwienie błękitem toluidynowym. Powiększenie 2000:1.

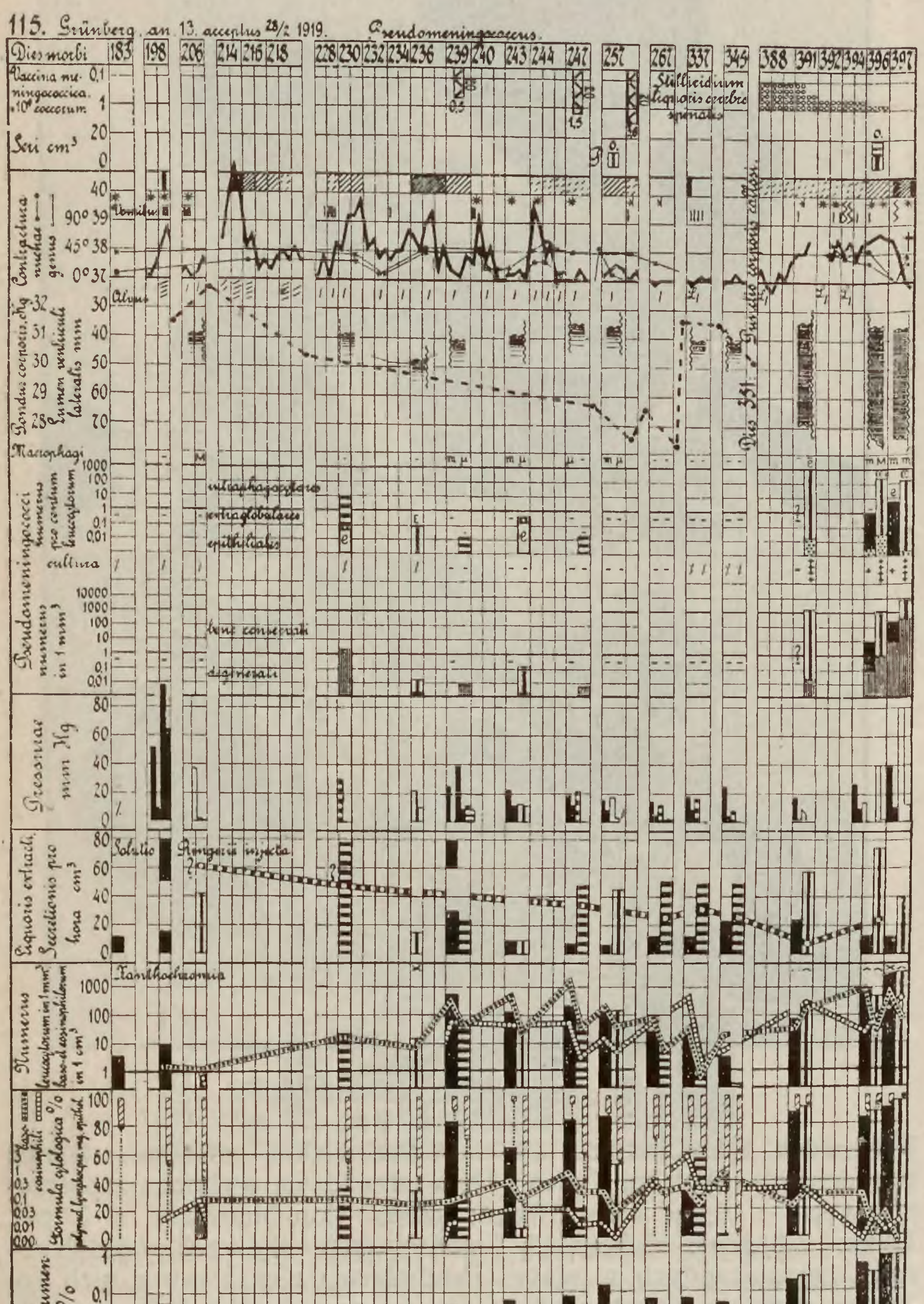
W mechanizmie wyleczenia samoistnego obok ogólnego humoralnego uodpornienia ma chyba niewątpliwie pewne znaczenie także nabyta odporność miejscowa. Pewne fakty, o których później wspomnę, przemawiałyby za tem, że odporność ta może zależeć od życiowej czynności komórek nabłonkowych. Może się ona jednak także wyrażać w sposób humoralny, co się daje stosunkowo łatwo stwierdzać w układzie komorowo-oponowym.

Jeżeli mianowicie zapomocą odczynu wiązania dopełniacza oznaczymy u osobnika, którego nagminne zapalenie opon skłania

Podobny sposób badania da się także zastosować do zapalnych płynów, pochodzących wprost ze śluzówek, a więc do wydzieliny z nosa, do wycieku z ucha i do plwociny pneumonicznej. Dopiero z tych badań, które będą dotyczyły układów czysto nabłonkowych, będziemy się mogli dowiedzieć w sposób nie pozostawiający żadnej wątpliwości, czy nabłonek zdolny jest rzeczywiście oddziaływać na zakażenie wytwarzaniem swoistych, humoralnych ciał ochronnych. Wyniki otrzymane w układzie komorowo-podpajęczynówkowym nie dają takiej pewności z tego powodu, że nie jest to układ czysto nabłonkowy, a płyny obu jego części ciągle się ze sobą mieszają. Nadmiar więc swoistych od-

działywaczy stwierdzony w płynie komorowym może tak dobrze pochodzić z nabłonka komorowego, jak ze śródbłonka opon.

Pozostawimy jednak tę sprawę na boku i wrócimy do ogólnego uodpornienia humoralnego, polegającego na obecności w osoczu krwi swoistych oddziaływaczy. Obfite doprowadzenie tych ciał ochronnych do właściwego siedliska zakażenia, a więc do warstwy nabłonkowej, związane jest, jak już zaznaczyłem, z wyraźnym stanem zapalnym, a przedewszystkiem z ropieniem. Jeżeli więc w okresie ostrym sprawy, kiedy ropienie jest żywe, nie zostanie osiągnięte doszczętne zniszczenie zarazków, to po przygaśnięciu ropienia, widoki na osiągnięcie tego zniszczenia jeszcze się obniżą. Sprawa zakaźna przechodzi w ten sposób w stan utajony. Z równorzędnych przypadków przewlekłych zapaleń komór mózgowych (9, przypadek 115), można wyrobić sobie pojęcie, jakie się w takim razie wytwarzają stosunki. Otóż ilość zarazków jest tak skąpa, że tylko w okresach zaostrzeń można ich obecność stwierdzać. Sadowią się one w postaci bardzo nielicznych gniazd w komórkach lub płatkach nabłonkowych i rozmnażając się obficie doprowadzają je do zwyrodnienia (rycina 5). Objawy zapalne, w szczególności ropienie, są zaledwie zaznaczone tak, że sprawa chorobowa ma cechy jedynie nieznacznego, surowiczego zapalenia czy zadrażnienia, dającego się stwierdzać tylko mikroskopowo. W tych warunkach, wobec braku ropienia, dowóz swoistych oddziaływaczy krwi do warstwy nabłonkowej nie może wchodzić



Ryc. 6.

Przypadek 115. (j. w.). Dnia 183 (okres zupełnego utajenia) nakłucie lędźwiowe: ciałek białych 1.7 w 1 mm^3, same limfocyty i śródbłonki; niema ciałek wielojądrzastych. Białka 0.015%.
Dnia 243 (okres zaostrzeń), płyn rdzeniowy: 136 ciałek w 1 mm^3, 64% wielojądrzastych (zatem spory udział ropienia); ziarenkowców niema; białko 0.06%.
Komora lewa: 33 ciałek w 1 mm^3, 7% wielojądrzastych. Ziarenkowców 0.38 na 100 ciałek, zatem 0.1 w 1 mm^3; prawie wszystkie w nabłonkach (ryc. 5), część w grupach pozornie zewnątrzciałkowych, pochodzących widocznie z rozpadłych nabłonków; przeważnie dobrze utrzymane. Hodowla ujemna. Białka 0.012%.

zupełnie w rachubę. Za dowód mogą posłużyć zawartości białka, jakie stwierdzano w tym (115) przypadku w płynie komorowym między 206, a 345 dniem choroby (rycina 6). Nawet w okresach przelotnych zaostrzeń zawartość białka nie przekroczyła nigdy 0,02%, coby odpowiadało domieszce 0,24% osocza, zaś w okresach utajenia sprawy spadała do 0,005% lub 0,007%, zatem do poziomu odpowiadającego w zupełności płynowi prawidłowemu. Podobnie ustaje w tych warunkach zupełnie oddziaływanie zakażenia na cały ustrój przez wnikanie zarazków, czy ich jadów w głąb tkanek, a co za tem idzie, uodpornienie ogólne musi się w tym stanie rzeczy obniżać i może w końcu zupełnie zaniknąć.

Powstaje w ten sposób położenie, któreby można określić jako stan równowagi niestałej między utajonem zakażeniem, a zakażonym ustrojem, który uodpornienie, pierwotnie posiadane, utracił. Stan ten może się w każdej chwili załamać, czyto samorzutnie, czy znów pod wpływem zadziałania pewnych czynników zewnętrznych, a wtedy wybucha nawrót.

W omówionym przypadku (115) zaostrzenia pojawiały się po upuszczeniu większych ilości płynu komorowego. Widocznie upusty, działając albo czysto mechanicznie, albo wywołując przekrwienie, sprowadzają nagle masowe złuszczanie się zakażonych i zwyrodniałych nabłonków, które się rozpadają, uwalniając w ten sposób zarazki i umożliwiając im osadzenie się na innych komórkach. Jeżeli chodzi o śluzówki oddechowe, to w podobny sposób mogą działać zaziębienia, urazy, drażniące pary, gazy i pyły.

Zakażenie utajone może się gnieździć w jakimkolwiek odcinku dróg oddechowych, ale niewątpliwie najczęściej sadowi się albo w jamie nosowo-gardłowej, albo znów w oskrzelach. Te ostatnie wchodziłyby w rachubę zwłaszcza wtedy, jeżeli uległy pewnym zmianom głębszym i trwalszym, takim zwłaszcza, jak rozszerzenie. Siedliska te będą zatem punktem wyjścia zaostrzeń i nawrotów (patrz niżej: przypadek J. K.).

Powstawanie nawrotów mogłoby zależeć od trzech czynników. Mogłoby chodzić o wzmożenie zjadliwości zarazków, bytujących w stanie utajenia i być może osłabienia na śluzówkach, a to, jak można sobie wyobrazić, przedewszystkiem przez polepszenie warunków, w jakich ten żywot się odbywa, w szczególności np. przez nastanie przekrwienia lub zaburzeń wydzielniczych. Czynnik ten jednak mało wchodzi w rachubę, gdyż, jakby się przynajmniej okazywało z badań W e b s t e r'a i H u g h e s'a, szczepy pneumokoka otrzymywane w różnych czasach z gardła i nosa jednego i tego samego nosiciela, mają zawsze jedne i te same właściwości biologiczne, tak, że nawet w okresach nieżytów nie okazują większej zjadliwości. Drugim czynnikiem mogłyby być wahania w ogólnem, swoistem, humoralnem uodpornieniu ustroju. Należy mianowicie przyjąć, że, dopóki to uodpornienie utrzymuje się na dostatecznie wysokim poziomie, powstanie zakażenia ogólnego, lub ognisk głębokich, np. ognisk przerzutowych, jest nieprawdopodobne. Uodpornienie, zwłaszcza słabe, nie wyłącza jednak wcale możliwości powstawania zaognień sprawy na powierzchni śluzówek, gdyż, jak to już wiemy, poza stanem zapalnym swoiste oddziaływacze osocza nie dochodzą do nabłonka, zatem nie mogą mieć wpływu na toczącą się tutaj sprawę. Jeżeli zaś tak jest rzeczywiście, to trzymanie w ryzach zarazków z tym wynikiem, że sprawa zakaźna pozostaje w stanie utajenia, musiałoby zależeć od jakiegoś trzeciego czynnika. Byłaby nim życiowa czynność, być może nawet jakaś osobna, swoista, nabyta odporność samych komórek nabłonkowych. Niezależnie od stanu uodpornienia ogólnego mogłaby się także ona albo samorzutnie albo pod wpływem zadziałania pewnych czynników zewnętrzych załamywać i w ten sposób doprowadzać do wybuchu miejscowego nawrotu.

Dok. nast.

A. URYSON. Łódź.

Wartość doświadczalna i kliniczna frakcyjnego badania treści żołądkowej.

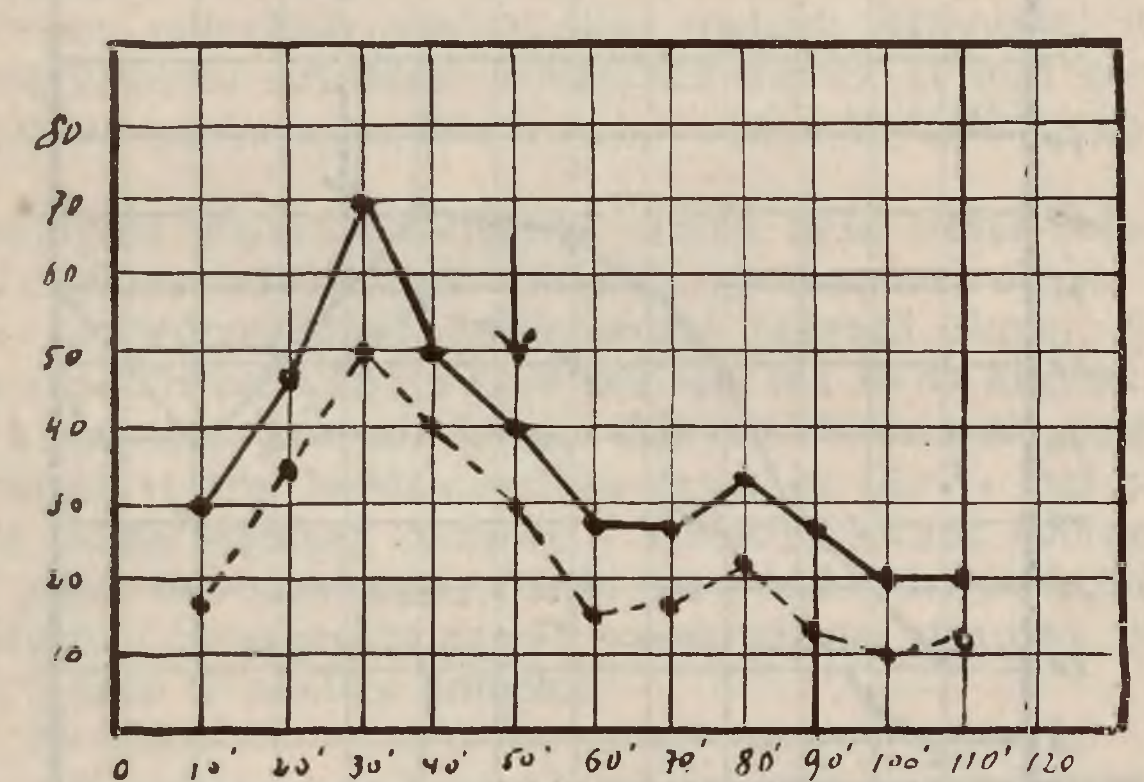
Z Oddziału Wewnętrznego Szpitala fund. Poznańskich w Łodzi.
Ordynator S. S t e r l i n g.

Dążenie do poznania dynamiki gruczołów i mięśni żołądka było celem szeregu metod, określających ich czynności ruchowe i wydzielnicze. Do tych metod należą kinematograficzne zdjęcia obrazów rentgenologicznych, wiscerograficzne badania D a n i e l o p o l u oraz badania frakcyjne treści żołądkowej. Zgłębnikowanie żołądka po zażyciu próbnego śniadania B o a s - E w a l d a i różnych odmian tego śniadania określa czynność gruczołów żołądka w pewnej chwili, badanie frakcyjne umożliwia poznanie całokształtu czynności wydzielniczej i ruchowej. Badanie frakcyjne umożliwia też poznanie wpływu na gruczoły i mięśniówkę żołądka środków farmakodynamicznych.

Na materjale szpitalnym przeprowadzono — przy ścisłym spółudziale kolegów Mrówki, Kotoka i Kocena — sto pięćdziesiąt badań frakcyjnych treści żołądkowej. Badanie polegało na podawaniu naczczo, po uprzedniem opróżnieniu żołądka przez zgłębnik dwunastniczy, dwudziestu cm³ pięcioprocentowego alkoholu, zabarwionego kilku kroplami błękitu metylowego i następnie na wydobywaniu co dziesięć minut po dwadzieścia cm³ treści żołądkowej — aż do zupełnego jej odbarwienia; w pewnych zaś przypadkach tak długo, dopóki obecność treści stwierdzano. W wydobytej treści określano ogólną kwasotę i ilość kwasu solnego wolnego; wyniki przedstawiono w postaci krzywych. Przy badaniach doświadczalnych jednocześnie z podaniem śniadania próbnego wstrzykiwano podskórnie lub śródżylnie środek farmakodynamiczny.

Badania porównawcze wpływu na kwasotę różnych odmian płynnego próbnego śniadania, jak to roztworów alkoholu, kofeiny, lekko ocukrzonej herbaty i wyciągów z roślin jadalnych, nie wykazały znacznej przewagi jednego śniadania nad drugiem. Przy tych badaniach nie stwierdziliśmy ubocznych wpływów alkoholu. Cel pracy polegał na wykazaniu obecności pewnych charakterystycznych typów krzywych w poszczególnych schorzeniach żołądkowych, oraz na ujawnieniu wpływu niektórych środków farmakodynamicznych na krzywe tak prawidłowe, jak i patologiczne.

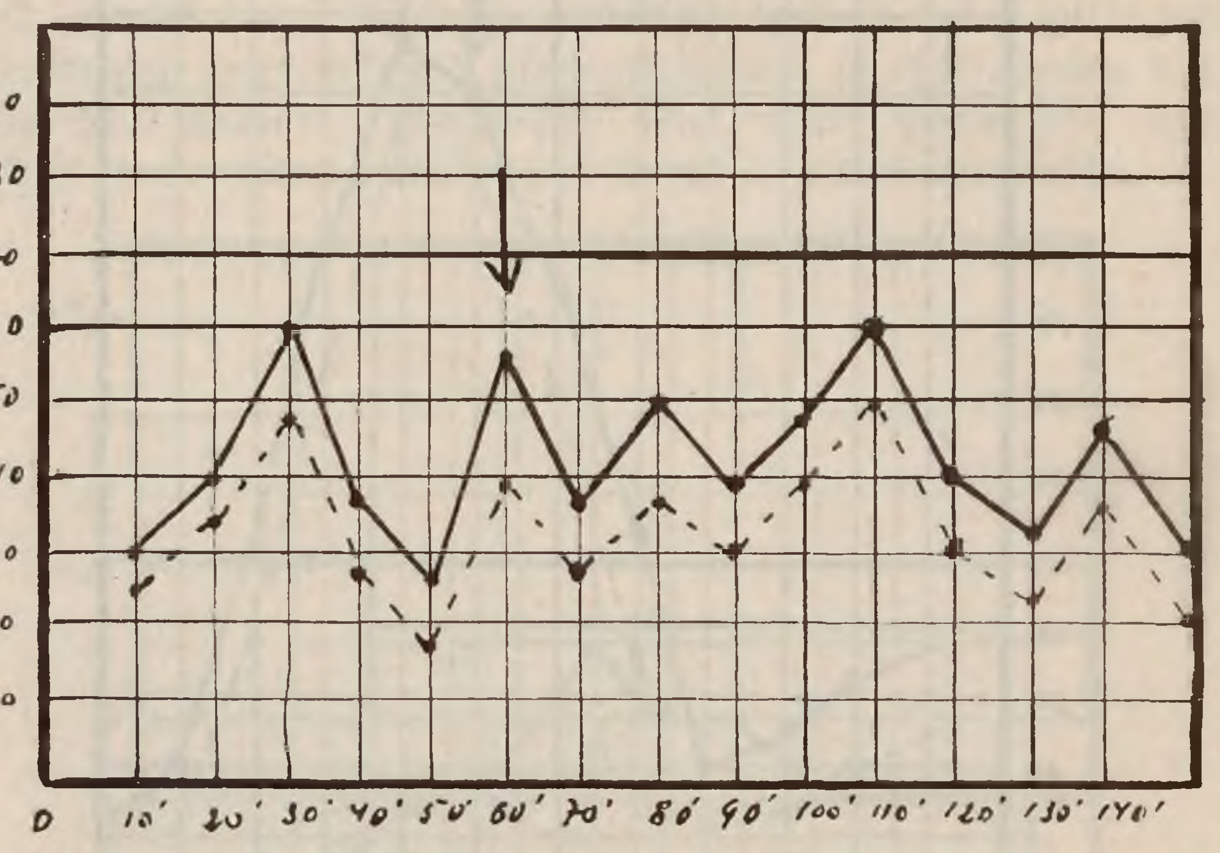
Przewaga frakcyjnego badania nad klasycznem zgłębnikowaniem po śniadaniu Boas-Ewalda polega na możliwości dokładnego stwierdzenia pracy gruczołowej żołądka oraz szybkości jego opróżniania. Wyniki porównawcze przy zastosowaniu tych dwu metod często wykazywały nieścisłość metody klasycznej Boas-Ewalda. Krzywe niejednokrotnie przebiegają w ten sposób, iż maximum kwasoty osiągane było nie po sześćdziesięciu minutach, lecz znacznie wcześniej (po trzydziestu, czterdziestu), w niektórych zaś przypadkach wyjątkowo późno — po dziewięćdziesięciu minutach. Niejednokrotnie po śniadaniu Boas-Ewalda, przy zgłębnikowaniu po 60-ciu minutach nic nie wydobywano, lub też otrzymywano treść o bardzo niskiej kwasocie, co mogłoby naprowadzić na błędne przypuszczenie o istniejącej niedokwaśności, wówczas gdy badanie frakcyjne wykazywało kwasotę prawidłową lub też nadkwasowość.



Tablica 1.
Zwykłe zgłębnikowanie po śniadaniu alkoholowem. Po śniadaniu Boas-Ewalda otrzymano liczby 30/20.
——— ogólna kwasota,
. . . . . wolny kwas solny,
↓ odbarwienie.

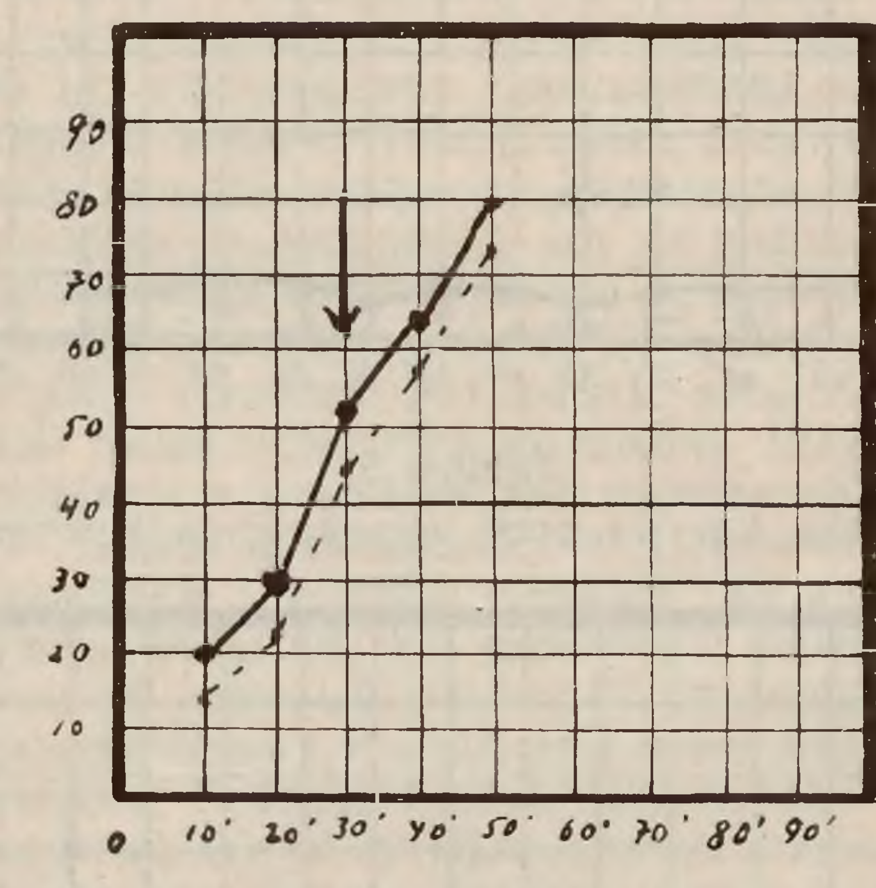
Badania frakcyjne przeprowadziliśmy u 72 chorych żołądkowych, a mianowicie u 22 chorych z owrzodzeniem dwunastnicy, w 7 przypadkach owrzodzenia trzonu żołądka (krzywizny małej i dużej), 12 przypadkach wrzodu części odźwiernikowej, 5 bezsoku żołądkowego, 13 raka żołądka, 8 nieżytu żołądka oraz w 5 przypadkach nadkwasowości bez stwierdzonego tła anatomicznego. Rozpoznanie we wszystkich przypadkach było potwierdzone przez badanie kliniczne i rentgenologiczne. Przy tych badaniach stwierdziliśmy kilka typów krzywych, tak charakterystycznych dla poszczególnych jednostek chorobowych, iż na zasadzie ścisłej ich analizy można było w całym szeregu przypadków postawić dokładne rozpoznanie bez pomocy Roentgena.

Z 22 badanych przypadków wrzodu dwunastnicy stwierdziliśmy 15 razy t. zw. szczeblowaty typ krzywej, polegający na dość stromem narastaniu krzywej kwasoty, szybkiem jej opadaniu, powtórnem stromem wzniesieniu i takim też spadku; te wzniesienia i opadania kilkakrotnie następowały jedno po drugiem; kwasota ogólna i kwas solny wolny nie zawsze osiągały wysokie liczby; zwracała na siebie uwagę nieznaczna różnica pomiędzy liczbami ogólnej kwasoty i wolnego kwasu solnego; szybkość odbarwienia treści nie przedstawiała nic charakterystycznego, odbarwienie występowało przeważnie już po 50, 60 minutach. Ta „szczeblowata" krzywa była stwierdzana tylko przy owrzodzeniach dwunastnicy; uważamy ją za patognomoniczną dla tej jednostki chorobowej.



Tablica 2.
Szczeblowata krzywa przy owrzodzeniu dwunastnicy.

Cztery razy spostrzegaliśmy przy wrzodzie dwunastnicy wczesną dużą kwasotę z bardzo szybkiem odbarwieniem treści, przyczem już po 40 minutach żołądek był próżny. Rentgenologicznie w tych przypadkach „nadwrażliwego żołądka" stwierdzano gwałtowne ruchy części przyodźwiernikowej i nader szybkie przechodzenie materjału kontrastowego przez zniekształconą opuszkę dwunastnicy.



Tablica 3.
Wczesna duża kwasota przy wrzodzie dwunastnicy.

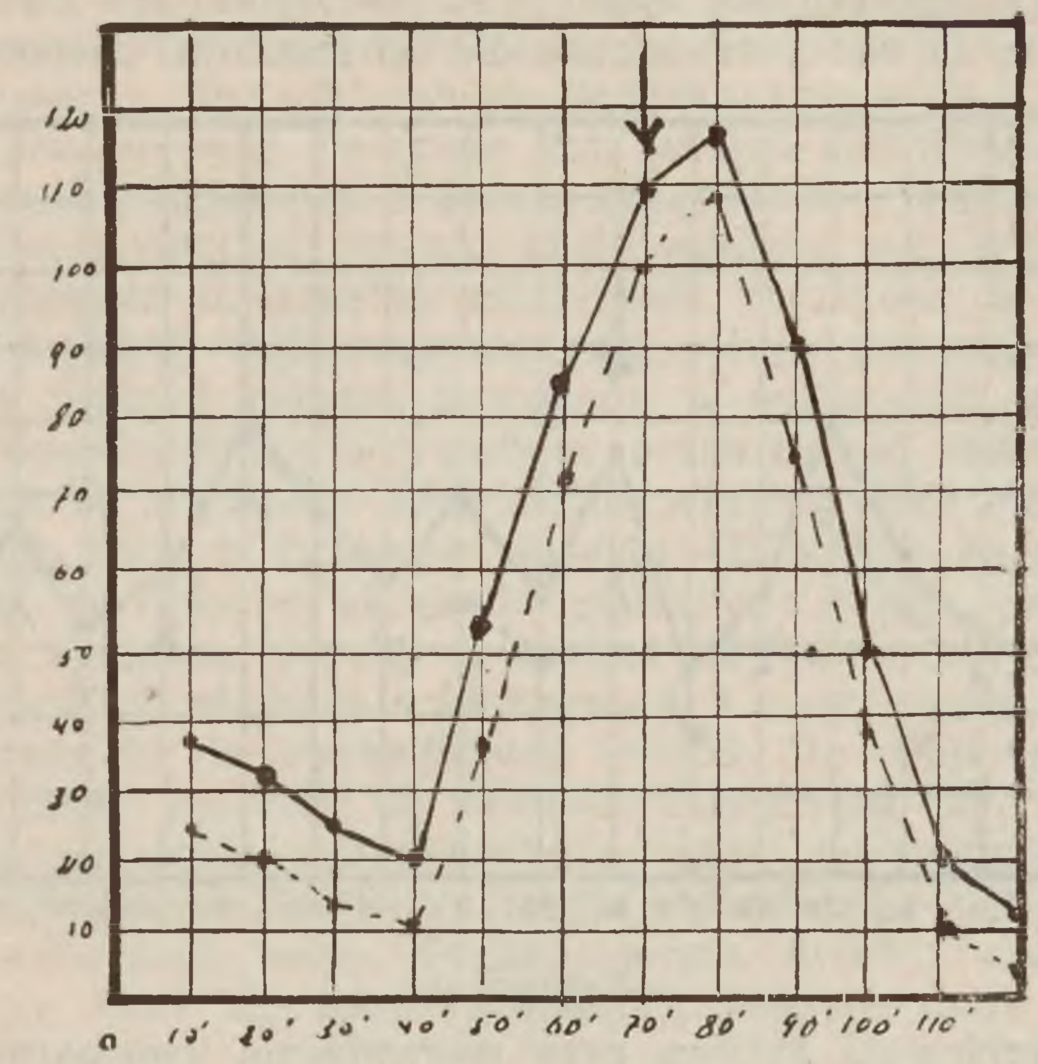
Przy analizowaniu krzywych otrzymanych w owrzodzeniach żołądka, wyodrębniliśmy dwie grupy zasadnicze: krzywe przy owrzodzeniach trzonu, oraz krzywe przy wrzodach części przyodźwiernikowej.

Przy wrzodzie trzonu żołądka, niezależnie od jego umiejscowienia na dużej lub małej krzywiźnie, krzywa kwasoty nie była typowa; stwierdzaliśmy krzywe o najrozmaitszym przebiegu: wysokie, niskie, strome i płaskie. Przy owrzodzeniach części przyodźwiernikowej na 12 badanych przypadków stwierdziliśmy w 9 krzywe kwasoty, składające się z dwóch bardzo stromych, wysokich ramion i szybkie odbarwienie treści. W odróżnieniu od stromych krzywych przy owrzodzeniu dwunastnicy, te krzywe wykazywały wyższe liczby kwasoty. Ramiona wspinające się były naogół podobne w krzywych przy tych obydwu jednostkach chorobowych, zasadnicza zaś różnica polegała na braku przy wrzodzie dwunastnicy ramienia opadającego, to jest przy tem schorzeniu po odbarwieniu treści kwasota dalej narastała, ilość wydobywanej treści zmniejszała się i porcje ostatnie zawierały treść bardzo kwaśną. Przy owrzodzeniu zaś odźwiernika, krzywa po osiągnięciu maksymalnej wysokości stromo opadała ku dołowi.

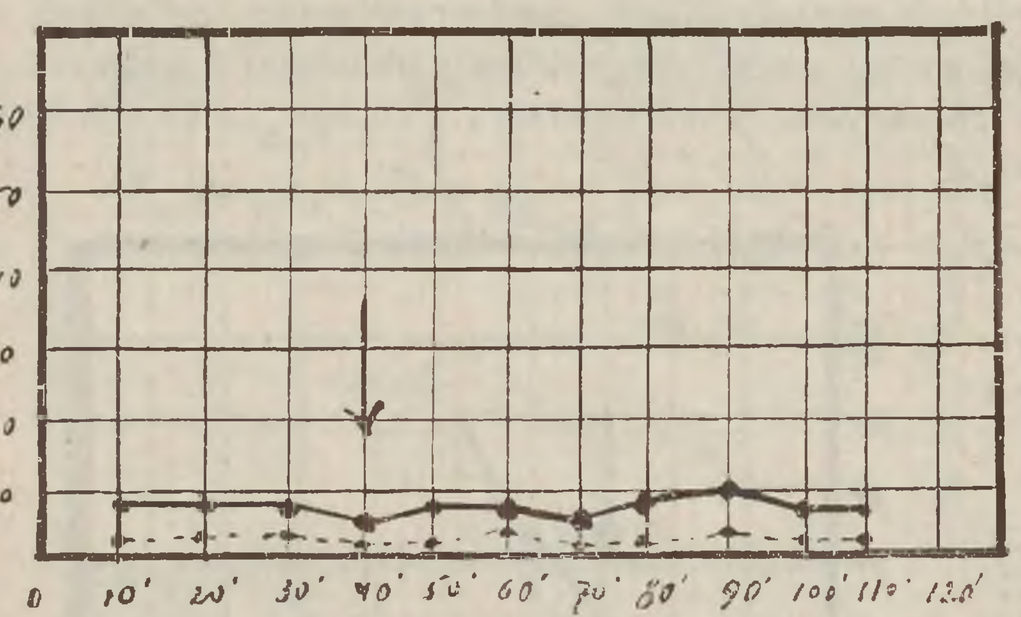
Opisaną krzywą o dwu stromych ramionach spostrzegaliśmy tylko przy wrzodach odźwiernika i uważamy ją za patognomoniczną dla tej jednostki chorobowej.

Przy bezsoku żołądkowym stwierdzaliśmy stale płytkie, płaskie krzywe o bardzo niskich liczbach ogólnej kwasoty i wolnego kwasu solnego, przyczem odbarwienie treści występowało dość szybko. Na histaminę krzywe te nie reagowały.

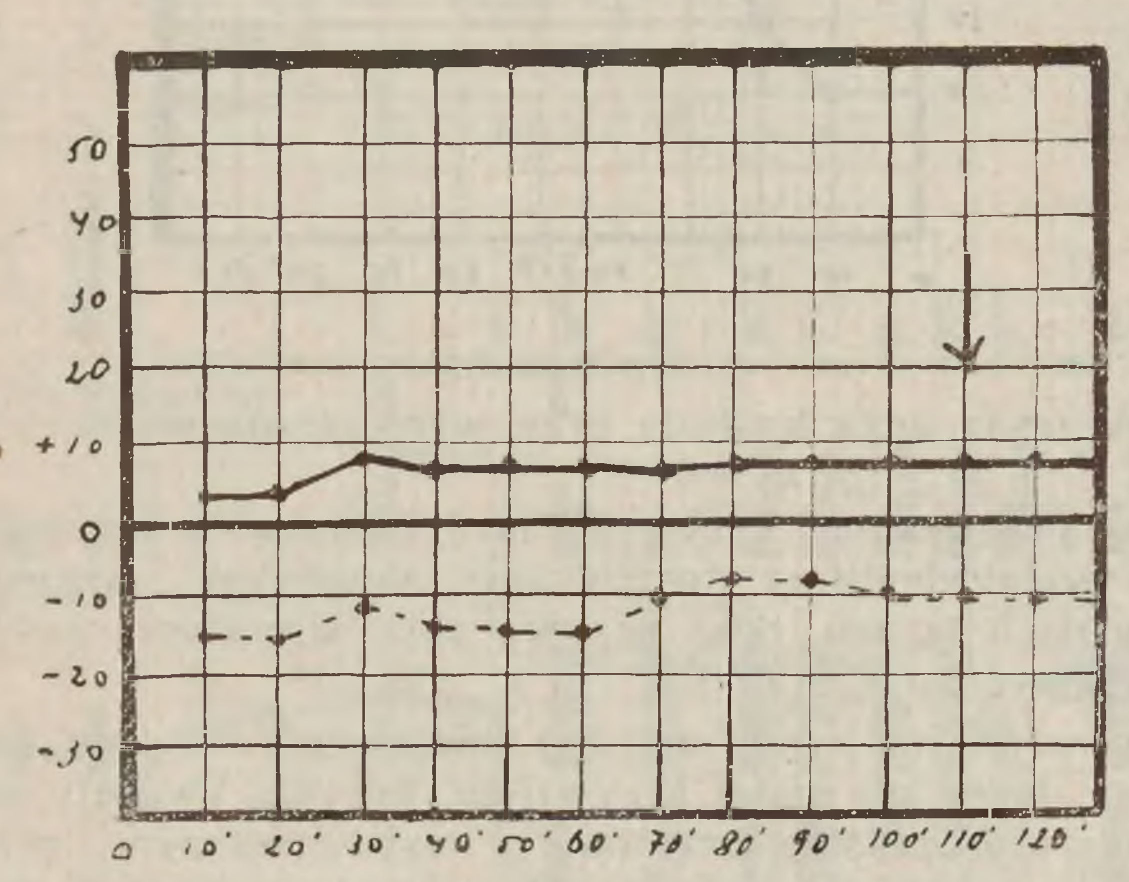
Podobne krzywe były stwierdzane również przy raku trzonu żołądka w odróżnieniu od raka odźwiernika, przy którym, poza płytkością, charakteryzuje krzywą stały deficyt kwasu solnego.



Tablica 4.
Wysoka stroma krzywa o dwóch ramionach przy wrzodzie odźwiernika.



Tablica 5.
Płytka krzywa przy bezsoku żołądkowym.

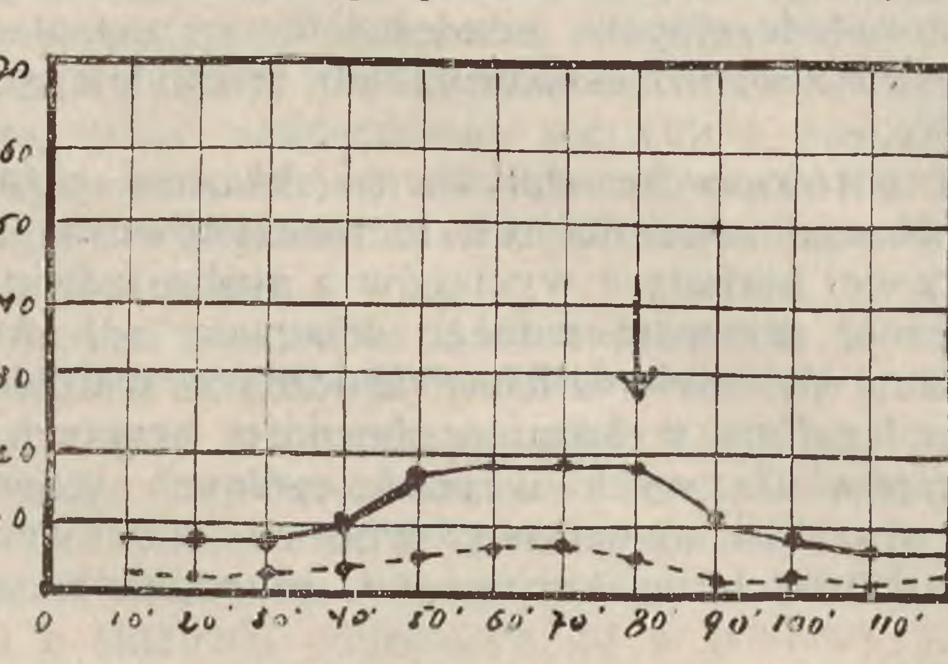


Tablica 6.
Płytka krzywa z deficytem kwasu solnego przy raku odźwiernika.

Przy rozbiorze krzywych tych 3 schorzeń (bezsok żołądkowy, rak trzonu i odźwiernika), przyszliśmy do wniosku, iż najmniej typową jest krzywa przy raku trzonu żołądka, gdzie stwierdzaliśmy krzywe wysokie i płytkie, z deficytem i bez deficytu kwasu solnego. Natomiast krzywa płaska z deficytem kwasu solnego poniżej 8 jest patognomoniczna dla raka odźwiernika; przy bezsoku żołądkowym krzywa może również wykazać deficyt kwasu solnego, ale jest on stale mniejszy od 8.

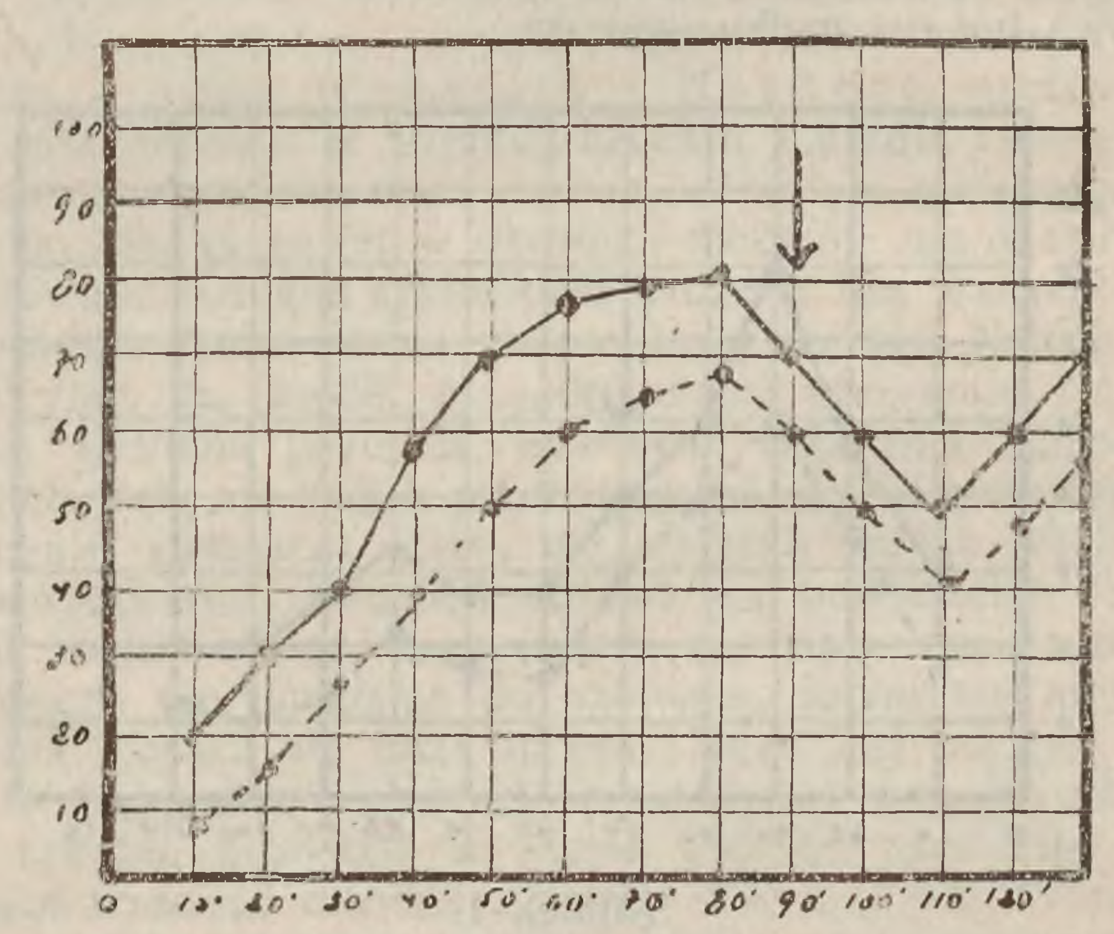
Przy nieżytach żołądka nie stwierdziliśmy krzywych typowych, wykazywały one różne wahania kwasoty i szybkości opróżniania. W przypadkach nadkwasowości bez stwierdzonego podkładu anatomicznego stwierdziliśmy strome krzywe o najrozmaitszym przebiegu, nie były one jednak nigdy tak typowe, jak krzywe przy owrzodzeniach odźwiernika lub dwunastnicy.

33 badania frakcyjne przeprowadzono u chorych na gruźlicę płuc w różnych jej okresach. Cel tych badań polegał po pierwsze na stwierdzeniu zachowania się krzywej kwasoty przy tej jednostce chorobowej; po drugie zaś na wyjaśnieniu, czy istnieje jakiś stosunek pomiędzy stale prawie istniejącym zanikiem łaknienia u gruźlików, a ilością kwasu solnego w żołądku. Do badań wybierano stale chorych bez dolegliwości żołądkowych, lecz z upośledzonym apetytem. Typowych krzywych kwasoty u gruźlików nie stwierdziliśmy, były krzywe wysokie, niskie, strome i płaskie o najrozmaitszym przebiegu: Wyodrębniliśmy jednakże 2 typy zasadnicze: 1) Typ krzywej o nieznacznych wzniesieniach, zbliżający się do krzywej przy bezsoku żołądkowym i 2) typ krzywej o bardzo stromym, wysokim przebiegu, przypominający krzywe przy owrzodzeniach części przyodźwiernikowej żołądka.



Tablica 7.
Niska krzywa przy gruźlicy płuc.

Tablica 7. o niskiej kwasocie przedstawia wynik badania u chorego M. lat 38, którego rozpoznanie szpitalne brzmi: *Phtisis pulmonum declarata; Tbc. fibro-caseosa totius pulmonis dextri stationaris chronice;* chory nie gorączkował, opadanie czerwonych ciałek krwi w cytrynianie sodu trwało 126 minut; badanie krwi wykazało 40% limfocytów, odczyn adrenalinowy dodatni; po zastosowaniu odmy sztucznej stan chorego uległ znacznej poprawie. Rażący kontrast do poprzedniego chorego przedstawia chora S. lat 27. Wynik frakcyjnego badania tej chorej, o bardzo wysokiej krzywej kwasoty, uwidoczniony jest na tablicy 8-ej.



Tablica 8.
Wysoka krzywa przy gruźlicy płuc.

Rozpoznanie szpitalne chorej brzmiało: *Phtisis pulmonum declarata; Tbc. fibro-caseosa lobi superioris pulmonis dextri progrediens acute.* Zajęty był górny płat prawego płuca, chora wysoko gorączkowała, odczyn B i e r n a c k i e g o 12 minut, odczyn adrenalinowy ujemny, we krwi 20% limfocytów; zastosowana odma sztuczna nie powstrzymała sprawy chorobowej; po 3 miesiącach wystąpiły zmiany w płucu lewem, po 7 miesiącach chora zmarła. Analiza tych dwóch przypadków wykazuje zależność krzywej kwasoty od stopnia napięcia układu współczulnego. W przypadku chorego M., który wykazywał cechy wzmożonego napięcia układu współczulnego, krzywa również miała charakter sympatykotoniczny. Natomiast u chorej S., gdzie układ nerwu współczulnego został przez proces chorobowy wyczerpany, przewagę objął nerw błędny (wedle S t e r l i n g a) i krzywa ma charakter wybitnie wagotoniczny. Krzywa kwasoty niezależna jest od rozległości sprawy płucnej (w przypadku pierwszym zajęte były trzy płaty płucne, w drugim zaś tylko górny płat), a jest wynikiem odczynu ustroju na toksyny gruźlicze; kształt tej krzywej jest zależny od wzajemnej gry układu sympatycznego i parasympatycznego. Badania porównawcze u gruźlików po dłuższym okresie czasu (jeden rok, 14 miesięcy i 2 lata) wykazywały stopniowe wzniesienie się krzywej w miarę postępu sprawy chorobowej i wyczerpywania

się układu współczulnego. Dalsze badania w tym kierunku być może umożliwią wysnuwanie z krzywych kwasoty u gruźlików wniosków co do rokowania, jak z odczynu adrenalinowego, ilości limfocytów we krwi, lub wzajemnego ustosunkowania albumin i globulin surowicy.

Brak łaknienia u gruźlików jest zupełnie niezależny od ilości kwasu solnego.

Zanik apetytu u tych chorych jest prawdopodobnie skutkiem wpływu toksyn gruźliczych na ośrodki; tem tylko tłumaczyć można byłoby brak łaknienia u osobników z burzliwym przebiegiem sprawy swoistej i z nadkwasowością, oraz stosunkowo znośny apetyt u chorych z łagodnym przebiegiem, których krzywa kwasoty wykazuje liczby bardzo niskie. Bezwzględnie, gruźlicy z większą ilością kwasu solnego lżej przyswajają wprowadzone pokarmy, lecz jakiejś równoległości między wzrostem krzywych kwasoty, a łaknieniem nie stwierdzaliśmy. Również u chorych żołądkowych spostrzegaliśmy dość często zanik apetytu przy wrzodzie odźwiernika z bardzo wysokiemi krzywemi kwasoty i zadawalniające łaknienie przy nieżytach żołądka o niskich liczbach kwasu solnego. Badania te nasuwają przypuszczenie, iż przyczyny powstawania uczucia ogólnego, zwanego łaknieniem, należy niezależnie od chemicznych procesów, odbywających się w żołądku, szukać poza przewodem pokarmowym, a mianowicie we krwi, gdzie pewien wpływ może wywrzeć poziom cukru, w wątrobie, w zależności od ilości zawartego w niej glikogenu, w czynności gruczołów wkrewnych lub też w ośrodkowym układzie nerwowym.

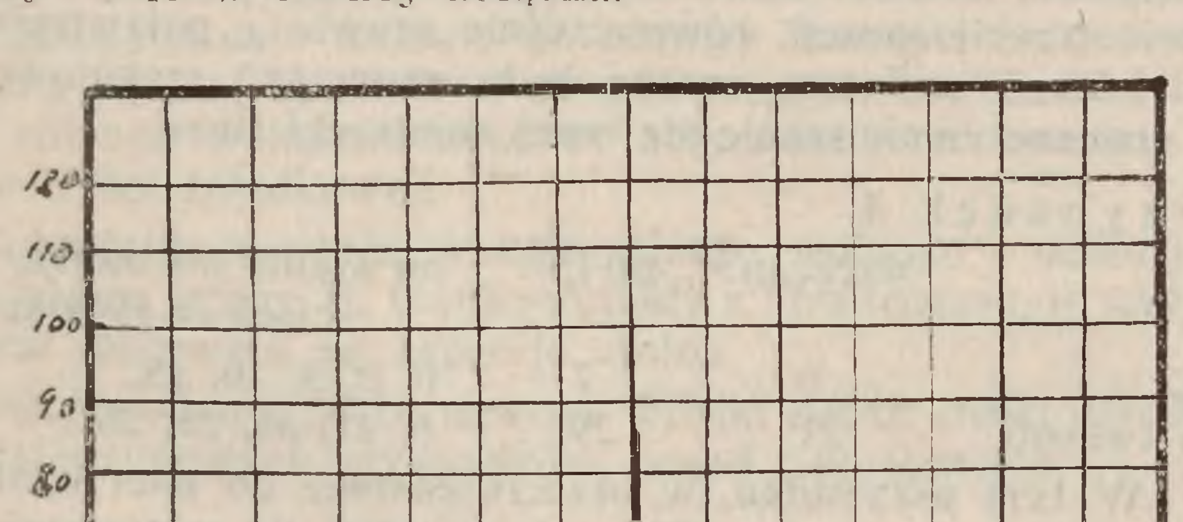
Badania doświadczalne polegały na stwierdzaniu wpływu różnych środków farmakodynamicznych, mianowicie: atropiny, histaminy, pilokarpiny, chlorku wapnia oraz insuliny na przebieg krzywej kwasoty.

Badań z wyżej wymienionemi środkami przeprowadzono 45, a mianowicie stosowano atropinę w 12 przypadkach, chlorek wapnia w 17, pilokarpinę w 5, histaminę w 6 oraz insulinę w 5. Wybierano stale chorych bez dolegliwości żołądkowych.

Wyniki nasze, dotyczące atropiny, pilokarpiny i histaminy, zgadzają się naogół ze znanemi z piśmiennictwa. Co do szczegółów działania tych środków stwierdziliśmy w naszych badaniach, iż atropina w małych dawkach do $^{1}/_{2}$ mg wpływa znacznie więcej na obniżenie ilości kwasu solnego wolnego, niż ogólnej kwasoty, dzięki czemu odległość między temi dwiema krzywemi wzrasta, przy zastosowaniu natomiast większych dawek (1 mg) obniża się równomiernie zarówno ogólna kwasota, jak i ilość wolnego kwasu solnego.

Pilokarpina znacznie zwiększa ogólną ilość treści żołądkowej, przedłuża okres opróżniania żołądka, nieznacznie obniża ogólną kwasotę (prawdopodobnie dzięki dużej sekrecji śluzu), lecz nie wpływa zupełnie na liczby kwasu solnego, tak że na krzywej liczby ogólnej kwasoty i wolnego kwasu solnego zbliżają się wzajemnie.

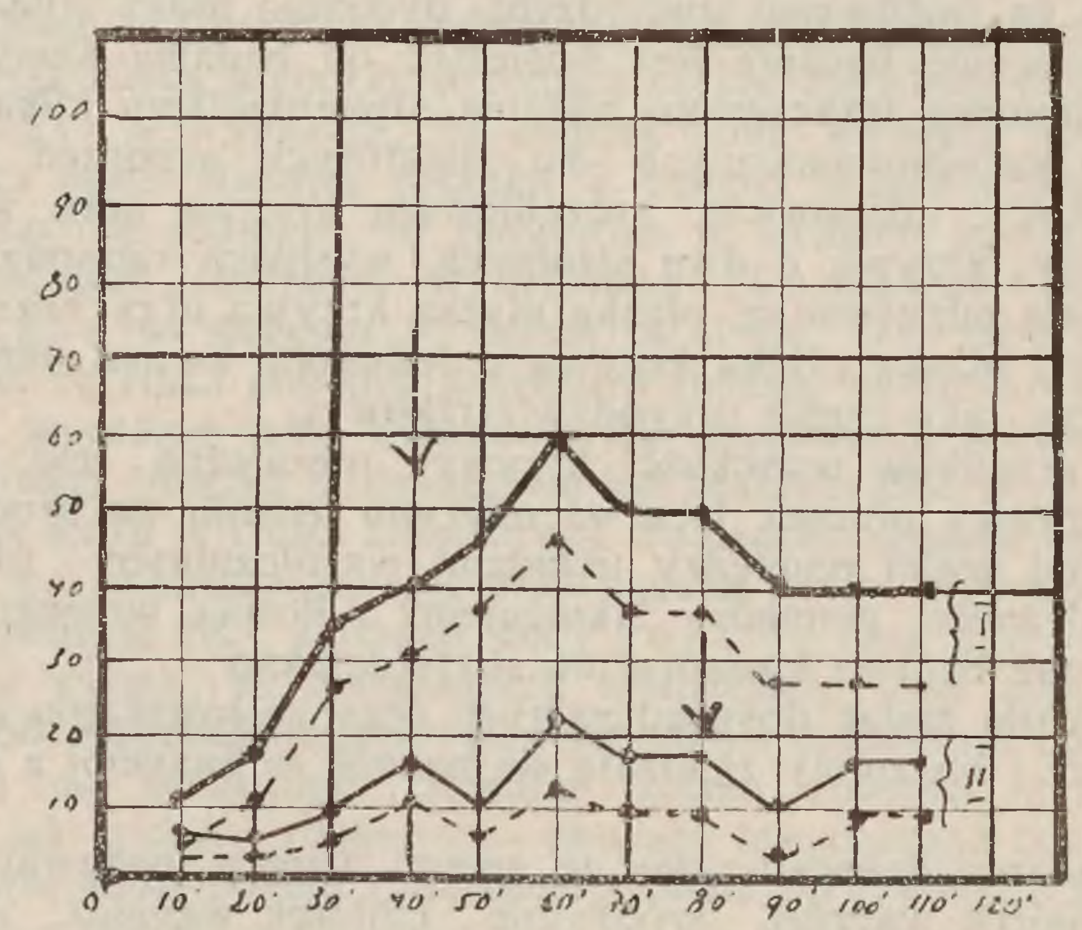
Histamina już w bardzo małych dawkach (do $^{1}/_{4}$ mg) znacznie zwiększa liczby ogólnej kwasoty i wolnego kwasu solnego. Najwyższe przez nas stosowane dawki nie przekraczały $^{1}/_{2}$ mg; przy wstrzykiwaniu większych dawek spostrzegano znaczny ślinotok, niepokój i bóle w okolicy żołądka.



Tablica 9.
I. Zwykłe zgłębnikowanie.
II. Zgłębnikowanie po wstrzyknięciu $^{1}/_{2}$ mg histaminy.

Tablica 9 przedstawia przypadek chorej R., gdzie po zastosowaniu $^{1}/_{2}$ mg histaminy liczby kwasoty po 50 minutach z 5/20 wzrosły do 50/60.

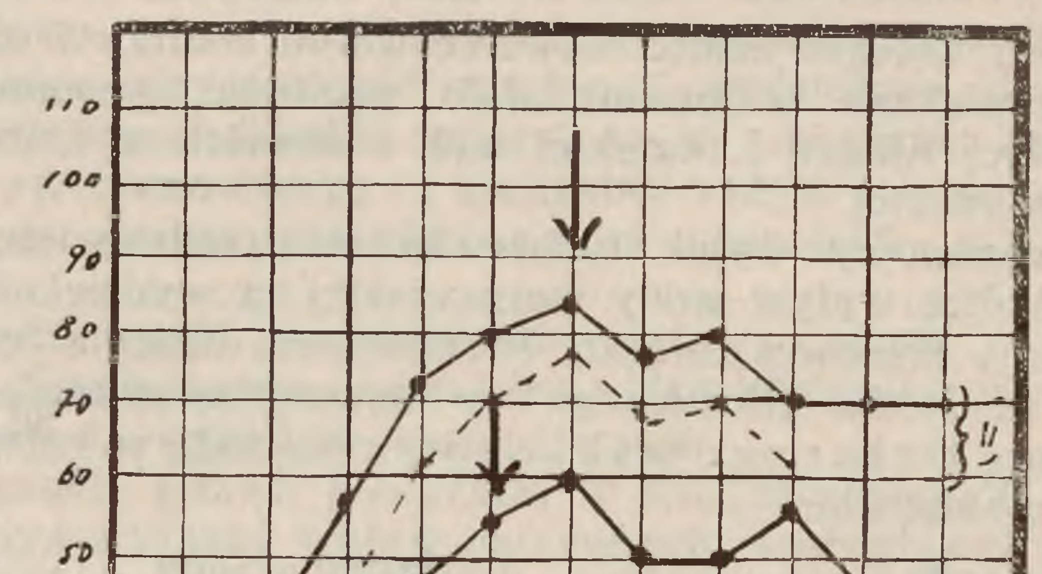
Chlorek wapnia stosowany był w naszych badaniach doustnie, śródmięśniowo i dożylnie. Technika polegała na jednorazowem frakcyjnem badaniu i na następnem podawaniu doustnem w ciągu tygodnia 3 razy dziennie po 1 g chlorku wapnia w wodnym roztworze. Po tygodniu powtarzano badanie frakcyjne. W dzień powtórnego badania, chory wapnia nie otrzymywał. W 17 badanych przypadkach stwierdziliśmy, iż tylko jedna krzywa pozostała bez zmiany, natomiast wszystkie pozostałe krzywe uległy dość znacznemu obniżeniu i zmieniły swój charakter.



Tablica 10.
I. Zwykłe zgłębnikowanie.
II. Zgłębnikowanie po 7 dniach podawania chlorku wapnia doustnie.

Chlorek wapnia, wstrzykiwany w przeciągu tygodnia raz dziennie, w tych samych 17 przypadkach dożylnie (10 cm^3 *chlorcalcolum)* lub śródmięśniowo *(gluccalcinum)* nie wpływał zupełnie na wysokość kwasoty i na przebieg krzywej. Sole wapnia w naszych badaniach nie wpływały ujemnie na łaknienie, niezależnie od sposobów wprowadzenia ich do ustroju. Długotrwałe jednakże obniżenie liczb wolnego kwasu solnego przy podawaniu doustnem tych soli nie jest zjawiskiem pożądanem, zwłaszcza u gruźlików, gdzie trawienie jest zwykle upośledzone. Sądzimy, że wyniki tych badań należałoby uwzględnić przy długotrwałem doustnem stosowaniu u gruźlików soli wapiennych.

Insulina w celach doświadczalnych zastosowana była przez nas w 5 przypadkach. Technika polegała na wstrzyknięciu tuż przed frakcyjnem badaniem, po uprzedniem określeniu poziomu cukru we krwi, 15 jednostek insuliny. W 2 przypadkach stwierdziliśmy nieznaczne objawy hipoglikemji, które ustąpiły bez jakiejkolwiek interwencji. Podczas badania frakcyjnego kontrolowano ilość cukru we krwi. We wszystkich naszych przypadkach stwierdziliśmy podwyższenie krzywej kwasoty prawie o 40%, przyczem ilość kwasu solnego wolnego wzrosła bardziej, niż ogólna kwasota, wskutek czego obie krzywe zbliżyły się do siebie.



Tablica 11.
I. Zwykłe zgłębnikowanie.
II. Zgłębnikowanie po 15 jednostkach insuliny.

Zależności zwiększenia ilości wolnego kwasu solnego od obniżenia poziomu cukru we krwi nie stwierdziliśmy; w 3 naszych przypadkach ilość cukru we krwi prawie nie uległa zmianie — kwasota zaś podwyższyła się o 40%; w tych zaś 2 przypadkach,

gdzie wystąpiły objawy lekkiej hipoglikemji i poziom cukru obniżył się dość znacznie (z 96 na 89 i z 95 na 84) kwasota również podniosła się prawie o te same 40%.

Dalsze badania nad wpływem insuliny na wydzielanie żołądkowe są jeszcze w toku.

Reasumując powyższe, pozwalamy sobie wysnuć wnioski następujące:

1. Przewaga frakcyjnego badania treści żołądkowej nad klasycznem zgłębnikowaniem po próbnem śniadaniu Boas-Ewalda polega na możliwości stwierdzenia dynamiki pracy żołądka.

2. Frakcyjne badanie jest ściślejsze od badania klasycznego.

3. Zapomocą frakcyjnego badania stwierdziliśmy kilka typów krzywych patognomonicznych dla niektórych schorzeń żołądka i dwunastnicy, mianowicie: szczeblowatą krzywą przy wrzodzie dwunastnicy, krzywą o dwu stromych, wysokich ramionach przy owrzodzeniu odźwiernika, płaską płytką krzywą przy bezsoku żołądkowym i płaską płytką krzywą z deficytem kwasu solnego poniżej 8 przy raku części przyodźwiernikowej.

4. U gruźlików wysokość krzywej niezależna jest od rozległości sprawy płucnej, lecz od odczynu ustroju na proces chorobowy (od walki pomiędzy układami współczulnym i błędnym).

5. Zależności pomiędzy łaknieniem, a ilością wolnego kwasu solnego oraz ogólnej kwasoty nie stwierdziliśmy.

6. Wyniki badań doświadczalnych przy zastosowaniu atropiny, pilokarpiny i histaminy zgadzają się naogół ze znanemi z piśmiennictwa.

7. Badania doświadczalne ze solami wapnia, podawanemi doustnie (chlorek wapnia), śródżylnie (chlorek wapnia), oraz domięśniowo *(gluccalcinum)* wykazały, iż chlorek wapnia, przyjmowany doustnie obniża ogólną kwasotę i ilość wolnego kwasu solnego; podawany w innych postaciach na kwasotę nie wpływa.

8. Insulina w małych dawkach podwyższa kwasotę; równoległości między zmianami krzywej kwasoty, a obniżeniem poziomu cukru we krwi nie stwierdziliśmy.

Piśmiennictwo.

1) Babkin: Die äussere Sekretion der Verdauungsdrüsen. Berlin 1914. — 2) Bergman: Kl. Wschr. 1913, 51. — 3) Gerner: Polskie Arch. Med. Wewn. T. VIII. Zesz. 3. 1930. — 4) Galewski: Arch. f. Verdauungskr. XXXIV. 1925. Zesz. 3/4. — 5) Katsch u. Kalk: Arch. f Verdauungskr. XXXII. 1923, Z. 5/6. — 6) Katsch: Magensekretion. Handb. der inner. Med. Mohr u. Staehelin. Berlin 1926. — 7) Kalk: Klin. Wschr. 1922, Nr. 18. — 8) Kellerman: Arch. f. Verdauungskr. XLV. 1929. Z. 1/2. — 9) Margolis: Pol. Arch. Med. Wewn. T. III. Zesz. 1. — 10) Sterling: Pol. Arch. Med. Wewn. Tom IV. 1926.

Dr. Józef EICHEL. Lwów.

Wpływ wody morszyńskiej na wydzielanie kwasu solnego żołądka *).

Z II. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Roman Rencki.

Coraz to większe zainteresowanie wśród lekarzy i społeczeństwa zdrojowiskami krajowemi, dało początek szeregowi badań w Lwowskiej Klinice Lekarskiej nad własnościami i działaniem wody morszyńskiej.

Jako częściowy wynik tychże badań przedstawiony będzie poniżej pokrótce wpływ wody morszyńskiej na wydzielanie kwasu solnego błony śluzowej żołądka. Przedmiotem badania była woda mineralna ze źródła „Bonifacego" w Morszynie, zawierająca według rozbioru Dzierzgowskiego z roku 1921 w jednym litrze następujące składniki:

chlorku sodu	— 72'05	siarczanu sodu	— 41'51
„ potasu	— 36'89	„ potasu	— 18'45
„ magnezu	— 47'35	„ magnezu	— 11'96

Jest to więc, jak prawie każda woda mineralna, woda mieszana, a przez zawartość jonów Cl i SO_4 należy do rzędu solanek glaubersko-gorżkich. W wysokiem naturalnem stężeniu powyższych składników nie nadaje się wprost ze źródła do picia, dostarczana bywa w rozcieńczeniu. Jako bardzo ważne, farmakodynamicznie działające czynniki uważać musimy jony Cl i SO_4, których wpływ na czynność wydzielniczą kwasu solnego błony śluzowej żołądka będzie poniżej omówiony. Przed przedstawieniem ścisłych wyników badań zaznaczyć należy, że ze względu na znaczne naturalne stężenie składników mineralnych solanki morszyńskiej używano jej rozcieńczeń 3 i 5%.

*) Wygłoszone na IX. Zjeździe Internistów Pol. w Krakowie 27. września 1931.

Kliniczny materjał badany wynosił 14 przypadków, które ze względu na zaburzenia wydzielnicze soku żołądkowego, podzielić można na dwie grupy:

1) Stany z podkwasotą żołądka względnie z zupełnym brakiem kwasu solnego wolnego.

2) Stany z nadkwasotą żołądka samoistną lub objawową, jak np. przy istniejącej kamicy żółciowej lub przy nawykowem zaparciu stolca.

Chcąc się zatem przekonać, jaki wpływ wywiera solanka morszyńska bezpośrednio na błonę śluzową żołądka, założono naczczo (po uprzedniem zwykłem zbadaniu treści żołądkowej naczczo, po śniadaniu i ewentualnie po obiedzie próbnym) zgłębnik dwunastnicowy do żołądka i po pobraniu treści żołądkowej i oznaczeniu jej kwasoty bezpośrednio po założeniu, jak i w 15 minut potem (dla oznaczenia wpływu drażniącego zgłębnika) wlano przez zgłębnik 250 cm^3 (szklanka) 3 wzgl. 5% solanki o ciepłocie pokojowej. Pobierając następnie metodą frakcjonowaną treść żołądkową w odstępach 15-minutowych aż do jednej godziny i oznaczając w porcjach tych kwasoty przy użyciu 1/10 n NaOH i fenolftaleiny oraz odczynnika Toepfera jako wskaźników, można się było już w tem pierwszem bezpośredniem doświadczeniu przekonać, że solanka omawiana nietylko nie jest obojętna, ale że wręcz przeciwnie wywiera wybitny wpływ na kwasotę treści żołądka.

Podamy tu tylko kilka typowych przykładów:

I tak w pierwszej grupie przypadków z podkwasotą lub z brakiem kwasu solnego wolnego:

Przypadek 1.

	Naczczo:	po 15'	po wlaniu sol. morsz. w porcjach co 15 minut:
HCl	2	2	19, 22, 15, 16, 4, 9,
Ogólna kwasota	4	15	32, 34, 30, 25, 23, 27.

Przypadek 2.

	Naczczo:	po 15'	po wlaniu sol. morsz. w porcjach co 15 minut:
HCl	0	0	3, 1, 0, 0,
Ogólna kwasota	3	2	8, 6, 10, 4.

Po 75 minutach doświadczenie przerwano, żołądek bowiem żadnej treści już nie zawierał.

Przypadek 3.

	Naczczo:	po 15'	po wlaniu sol. morsz. w porcjach co 15 minut:
HCl	0	0	0, 2, 11, 0, 1, 0, 0,
Ogólna kwasota	12	18	6, 7, 16, 15, 3, 0, 0.

W tem miejscu należy zwrócić uwagę na jeden ważny szczegół, a mianowicie, że we wszystkich 3 przypadkach, a zwłaszcza w przyp. 2-gim i 3-cim, zauważono przy wszystkich poprzednich badaniach treści żołądkowej znaczne ilości śluzu gęstego, zbitego, ciągnącego się. To samo stwierdzono w powyższem doświadczeniu przed wlaniem solanki; natomiast po wlaniu, począwszy od drugiej względnie trzeciej porcji, równocześnie prawie z pojawieniem się kwasu solnego wolnego, można było zauważyć stopniowe, lecz stałe i znaczne zmniejszenie się owej domieszki śluzu.

Przypadek 4.

	Naczczo:	po 15'	po wlaniu sol. morsz. w porcjach co 15 minut:
HCl	0	7	0, 0, 9, 16, 18,
Ogólna kwasota	21	29	6, 11, 35, 22, 26.

W tym przypadku, w przeciwieństwie do poprzednich, po przejściowym zaniku HCl — stwierdza się w trzeciej porcji dopiero ponowne jego pojawienie się, utrzymujące się aż do końca doświadczenia.

W drugiej grupie przypadków z nadkwasotą:

Przypadek 5.

	Naczczo:	po 15'	po wlaniu sol. morsz. w porcjach co 15 minut:
HCl	62	74	0, 0, 0, 0, 0,
Ogólna kwasota	78	89	10, 0, 7, 6, 6.

Bezpośrednio po wlaniu soli zupełny brak HCl, utrzymujący się przez cały czas doświadczenia.

Przypadek 6.

	Naczczo:	po 15'	po wlaniu sol. morsz. w porcjach co 15 minut:
HCl	30	13	0, 5, 25, 28, 24, 10,
Ogólna kwasota	51	28	5, 8, 32, 41, 35, 21.

Przypadek 7.

	Naczczo:	po 15'	po wlaniu sol. morsz. w porcjach co 15 minut:
HCl	22	16	14, 32, 28, 19, 12, 17,
Ogólna kwasota	45	38	20, 45, 38, 36, 27, 25.

Po przejściowem podwyższeniu się kwasoty 2 porcji — stałe obniżanie się kwasoty w porcjach następnych.

Przypadek 8.

	Naczczo:	po 15'	po wlaniu sol. morsz. w porcjach co 15 minut:
HCl	46	54	44, 46, 40, 42, 37, 10, 18,
Ogólna kwasota	68	72	63, 62, 58, 59, 60, 38, 24.

I tu również przejściowy wzrost kwasoty 3 porcji. W następnych jednak stały, powolny spadek wartości kwasot.

W dodatkowej, niewykazanej powyżej grupie przypadków z kwasotami, nieodbiegającemi od normy, nie dało się stwierdzić wyraźniejszego wpływu solanki.

Jak widać zatem z powyższego, zaznacza się wyraźnie już w tem pierwszem bezpośredniem doświadczeniu dwukierunkowy wpływ solanki morszyńskiej na wydzielanie kwasu solnego żołądka. Uzasadnienie działania pobudzającego sekrecję w przyp. z 1-ej grupy wypływa ze znacznych wartości jonów chlorowych w solance; działanie zaś korzystne w przyp. grupy 2-giej przypisać należy także i równoczesnej zawartości siarczanów. Szczegółowe zaś omówienie powyższych czynników nastąpi poniżej.

Dla stwierdzenia, jakie znaczenie ma w powyższych stanach zaburzenia sekrecji kwasu solnego żołądka solanka morszyńska nie doraźnie, lecz jako środek leczniczy, przeprowadzono u powyższych chorych leczenie omawianą solanką, w sposób naśladujący (o ile to tylko było możliwem w Klinice) leczenie zdrojowiskowe. I tak, obserwowani chorzy w tym czasie żadnych leków na sekrecję żołądka wpływających nie używali, pozostawali na diecie odpowiedniej, przeważnie mleczno-kaszkowej, zaś jako jedyne leczenie otrzymywali 3 szklanki solanki morszyńskiej dziennie, 3 wzgl. 5%, o ciepłocie pokojowej. (Pierwsza szklanka naczczo, następne stale przed jedzeniem). W krótkim czasie po rozpoczęciu tego leczenia, zauważono u wszystkich chorych zmniejszenie, a pod koniec leczenia nawet ustąpienie prawie zupełne dolegliwości podmiotowych, jak odbijanie kwaśne, pieczenie wzdłuż przełyku, wzgl. ucisk i gniecenie w dołku podsercowym, ponadto zaś w grupie chorych z nadkwasotą, ze stałem zaparciem stolca, mniej lub więcej znacznego stopnia, jednak tego rodzaju, że chorzy ci stale przed przybyciem do Kliniki używali środków czyszczących, można było stwierdzić znaczną w tym kierunku poprawę. Do szczegółu tego przy końcu naszych rozważań jeszcze powrócimy. Kontrolne badania po ukończonem leczeniu solanką morszyńską (trwającem na ogół tylko około 3 tygodnie) wykazały tak drogą zwykłego badania treści żołądkowej naczczo, po śniadaniu, wzgl. po obiedzie próbnym, jak i metodą frakcjonowaną po wlaniu solanki morszyńskiej:

1) podwyższenie (prawie do normy) wartości kwasu solnego wolnego i ogólnej kwasoty w przyp. grupy I. (obniżenie lub brak kwasu solnego wolnego) wraz ze znacznem zmniejszeniem ilości śluzu w treści żołądkowej;

2) obniżenie wartości kwasu solnego wolnego i ogólnej kwasoty w przyp. grupy II. (nadkwaśność) z równoczesnym nader korzystnym wpływem na zaparcie stolca.

Poniżej podamy porównawczo wyniki badań treści żołądkowej najbardziej typowych przypadków, przed i po leczeniu.

Grupa I.

Przyp. 3. wzgl. 4.	Przed leczeniem:	Po leczeniu:
HCl	0 wzgl. 0	10 wzgl. 20
Ogólna kwasota	12 wzgl. 21	18 wzgl. 36

Grupa II.

Przyp. 5. wzgl. 6.		
HCl	62 wzgl. 30	10 wzgl. 12
Ogólna kwasota	78 wzgl. 51	16 wzgl. 26.

W pozostałych zaś przypadkach był efekt leczniczy wprawdzie nie tak typowy, jednak stale korzystny. Jak długo powyższe efekty lecznicze się utrzymywały, nie udało się niestety stwierdzić.

Już na wstępie wspomniano, że czynnikami farmakodynamicznie działającemi w solance morszyńskiej są jony Cl i SO_4, których działanie rozpatrywane będzie osobno.

Że chlor, który w tak dużej ilości jako chlorek sodu znajduje się w solance morszyńskiej, pobudza gruczoły błony śluzowej żołądka do zwiększonego wydzielania kwasu solnego, wynika z badań przeprowadzonych przez Meinel'a, Bickel'a i Dapper'a (cyt. u Buchsbauma) na naturalnych źródłach słonych. Działanie zaś wód słonych na błonę śluzową, a w tym wypadku na błonę śluzową żołądka jest duże, uzasadnione ich charakterem, jako roztwory hipertoniczne, a objawia się ono według Strassera następująco: roztwory soli przenikając do warstwy naczyniowej wywołują przekrwienie błony śluzowej, zwiększenie sekrecji, rozpuszczają, względnie rozcieńczają produkty patologiczne (ropa, śluz). Przekrwienie zaś zwiększa przemianę materji komórki i odbudowuje ją, chroniąc chorą komórkę przed grożącym zanikiem. Doświadczenia Frouin'a wykazały, że chlorek sodu wywiera bezpośredni wpływ na błonę śluzową żołądka. Z drugiej jednak strony można się spotkać ze zdaniem, że zwłaszcza w stężeniu wyższem może też powodować obniżenie wydzielania (Tempka) i to według Strassera w stężeniu wyższem od 1'4%. Ortner natomiast twierdząc, że NaCl pobudza sekrecję i funkcję motoryczną żołądka i stawia wyraźnie jako wskazania dla stosowania solanek: przewlekły nieżyt żołądka z obniżeniem lub brakiem HCl, przy znacznej domieszce śluzu w treści żołądkowej, tłumacząc zgodnie ze Strasserem, że solanka usuwając stan zapalny może wywołać zwiększoną produkcję HCl. Z badań zaś Frouin'a (cyt. u. Sabatowskiego) wiemy, że pobudzający wydzielanie soku żołądkowego wpływ soli przypisać należy tylko jonom Cl, niezależnie od katjonu, z którym są połączone. Stosując zatem solankę morszyńską, która — jak widać z rozbioru — zawiera tak znaczne ilości chloru (jak chlorki sodu, potasu i magnezu), mamy do czynienia za znacznem doprowadzeniem do organizmu chloru, służącego jako materjał do wytworzenia HCl.

Wobec powyższego przyjąć można wpływ pobudzający solanki morszyńskiej na wydzielanie HCl (mimo obecności siarczanów), a tem samem korzystny efekt leczniczy w przypadkach pod- względnie niedokwaśności żołądka za uzasadniony.

Już poprzednio wspomniano, że chlorkowi sodu przypisać należy nietylko działanie wyłącznie pobudzające błonę śluzową żołądka do wydzielania HCl, lecz zwłaszcza w stężeniu wyższem ma on działanie też i hamujące. W celu zaś dokładniejszego wyjaśnienia owego hamującego, względnie obniżającego wysokie wartości HCl w treści żołądka — działania, uwzględnić należy dalsze składniki solanki morszyńskiej, a mianowicie siarczany alkaliczne, (które tak często wraz z NaCl w skład jednej solanki wchodzą), a które, a zwłaszcza siarczan sodu — upośledzając, według doświadczeń Bickel'a i Pewznera czynność wydzielniczą gruczołów żołądka niezależnie od działania NaCl — wywierają swój wpływ w kierunku zahamowania wydzielania HCl (Bickel, Heinsheimer, cyt. u. Sabatowskiego).

Pod wpływem rozmaitych bowiem czynników następuje wydzielanie soku żołądkowego, a do nich należą też bodźce, działające z kiszki grubej i tą drogą zwrotną wywołujące wpływy sekretoryczne dla żołądka. Doświadczenia Koskowskiego (na psach) wykazały, że w kiszce grubej powstają, jako wyraz procesów trawiennych i gnilnych, substancje, działające też na czynność wydzielniczą soku żołądkowego. Siarczany, działając natomiast na niższe odcinki przewodu pokarmowego, usuwają zalegające tam masy kałowe, a tem samem produkty fermentacji, mogące przez swe działanie wagotoniczne zwiększyć wydzielanie HCl żołądka. W tem miejscu podkreślić należy, że w omawianiu przypadków grupy II. zwrócono uwagę na korzystny wpływ solanki na zaparcie stolca, tak często spotykane przy wszelkich stanach nadkwasoty.

Zbierając zatem wyniki badań wpływu solanki morszyńskiej ze zdroju Bonifacego na wydzielanie HCl błony śluzowej żołądka, dochodzimy do wniosków następujących:

Stosowanie solanki powyższej w rozcieńczeniu 3% względnie 5% wywiera wyraźny wpływ na czynność wydzielniczą HCl błony śluzowej żołądka w tym sensie, że:

1) wydzielanie chorobowo obniżone lub zupełnie zahamowane ulega pobudzeniu i odwrotnie

2) wydzielanie chorobowo zwiększone ulega obniżeniu;

3) w czasie i po ukończonem leczeniu solanką morszyńską występuje wyraźna poprawa stanu podmiotowego oraz zmniejszenie, względnie ustąpienie objawów przedmiotowych.

Wskazania zaś do stosowania solanki morszyńskiej są następujące:

Podkwaśne nieżyty żołądka wzgl. *Achylia gastrica*, nadkwasoty żołądka samoistne lub objawowe, jak przy nawykowem zaparciu stolca lub kamicy żółciowej.

Leczenie rozpoczynano w obu stanach solanką 3%, przechodząc pod koniec leczenia do solanki 5%. Działanie solanki o wyższem stężeniu nie było badane, ponieważ jako woda znacznie hipertoniczna wobec krwi i soku żołądkowego, zalegałaby znacznie dłużej w żołądku, co stanowiłoby jej ujemną stronę. Porównując

wpływ tej samej solanki na wręcz przeciwne sobie stany w zaburzeniu sekrecji HCl błony śluzowej żołądka, widzimy, że dwukierunkowe działanie solanki morszyńskiej, o którem na wstępie wspomniano, utrzymuje się w czasie i po ukończonem leczeniu. Mimo tak wyraźnych wyników doświadczeń praktycznych owe dwukierunkowe działanie wydaje się jednak na pierwszy rzut oka conajmniej dziwne.

W rozważaniach nad wpływem soli wogóle, sporo miejsca zajmuje rozważanie wpływu soli względnie wody jako takiej na specyficzne wydzielanie błony śluzowej żołądka. W wynikach licznych w tym kierunku przeprowadzanych badań, zaznacza się wyraźnie różnorodność doświadczeń. Badając mianowicie wpływ poszczególnych soli *in substantia*, w roztworze w tem lub innem stężeniu, lub wreszcie pod postacią naturalnych wód mineralnych, wydaje się z dzisiejszego fizykalnego punktu widzenia zrozumiałe, że nietylko rozmaite sole, lecz że jedna i ta sama sól może różny wpływ wywierać. Z tem zmiennem zachowaniem zgadza się proste założenie fizjologiczne, że jeden i ten sam bodziec zależnie od siły i czasu działania działa jużto hamująco, jużto pobudzająco. Dlatego wydaje się obecny podział soli na hamujące i na pobudzające za nieco jednostronny (B u c h s b a u m).

Powyższe zapatrywanie spowodowały w praktyce prze- lub niedocenianie wartości poszczególnych źródeł wód mineralnych, a w szczególności przypisywanie solankom jedynie własności pobudzających wydzielanie błony śluzowej żołądka, nie uwzględniając zaznaczającego się w pewnych wypadkach wpływu przeciwnego na sekrecję, a mianowicie obniżającego. Pominąwszy specyficzne działanie farmakodynamiczne wzgl. chemiczne wód mineralnych, musi się też wziąć pod rozwagę znaczenie lecznicze wód mineralnych, jako bodźca ogólnego, mogącego wywołać przestrojenie organizmu w kierunku dodatnim. Wprowadzenie bowiem wody, a tem samem wprowadzenie soli zmusza ustrój do odpowiednich przesunięć jonów w obrębie komórek, co nie jest bez wpływu na zjawisko przestrojenia organizmu, które w wielu wypadkach może zaburzoną równowagę ustrojową przywrócić do normy. Że ten ogólny wpływ istnieje, dowodzi to, że leczenie zdrojowe może u ludzi z zaburzeniem w ciśnieniu krwi sprowadzić to ostatnie do normy, bez względu na to, czy mieliśmy do czynienia z hiper- czy hipotonją, więc ze stanami wprost przeciwnemi. Zjawiska na pozór całkiem różne, a jednak bodziec ten sam, co dowodzi, że w obu tak odmiennych przypadkach gra rolę moment biologiczny najogólniejszej przyrody. Że udział wątroby w procesie równowagi koloidalnej ustroju nie jest bez znaczenia, dowodzi skuteczność wód w rodzaju morszyńskiej przy bardzo wielu cierpieniach, a do takich właśnie zaliczyćby można zaburzenia w wydzielaniu soków trawiennych. Przestrojenie koloidalne bowiem jest jednym z momentów ważnych w nastawieniu organizmu do normy, a więc i tem też tłumaczyćby można dwukierunkowe działanie wody morszyńskiej w przypadkach zaburzenia w wydzielaniu kwasu solnego żołądka.

W dalszym ciągu nie można nie wspomnieć o psychicznem i ogólnem działaniu każdego leczenia zdrojowiskowego. Że pobyt w zdrojowisku leczniczem, usunięcie chorego z pod wpływów trzymających w napięciu system nerwowy, usunięcie stanów afektywnych, które nie są bez wpływu na funkcje wydzielnicze i ruchowe przewodu pokarmowego, przyczynia się wydatnie do ułatwienia powstania korzystnego przestrojenia organizmu w stronę stanu prawidłowego, o tem nie można nigdy zapomnieć. Powyższe jednak czynniki ogólne są mimo wszystko tylko cząstką dodatniego działania, co stwierdzają badania powyżej opisane, gdyż w warunkach, w jakich zostały one przeprowadzone, nie grały tak znacznej roli, jak w leczeniu zdrojowiskowem.

Jakkolwiek możnaby przeciwstawić się powyższym rozważaniom, to jednak nie powinno się zaprzeczać własnościom leczniczym danego środka dlatego, że nie zawsze udaje się bez zarzutu wyjaśnić lub udowodnić jego działanie lecznicze. Dla chorego ostatecznie jest rzeczą obojętną, czy działanie danego środka leczniczego, przynoszącego mu ulgę lub nawet wyleczenie, może ulec naukowej analizie, czy też nie. Żadna bowiem może dziedzina lecznictwa nie opiera się tak silnie na najogólniejszych zasadach biologji ustroju dziś jeszcze niezupełnie poznanych, jak właśnie leczenie zdrojowiskowe.

Piśmiennictwo.

B u c h s b a u m - R i t t e r: Karlsbad u. s. Quellen, 1928. — K o s k o w s k i: P. G. L. 1927, Nr. 43. — O r t n e r: Ther. inn. Krankh. — S a b a t o w s k i: Klimato i hydroterapja. — S t r a s s e r: Balneologie w N. D. Kl. 1928. T. 1. — T e m p k a: P. G. L. 1925. Nr. 41.

Tadeusz ZAWODZIŃSKI, asyst. Kliniki. Warszawa.

W sprawie operacyjnego usuwania guzów jajnika w czasie ciąży.

Z Kliniki ginekologiczno-położniczej U. W.
Dyrektor: Prof. Dr. A. C z y ż e w i c z.

Operacyjne usuwanie guzów jajnika w czasie ciąży wywołuje zainteresowanie dwojakiego rodzaju: teoretyczne, co do znaczenia ciałka żółtego dla utrzymania ciąży i praktyczne, co do prognozy tej operacji dla organizmu osoby ciężarnej.

Pobudką do zajęcia się omawianą wyżej sprawą była obserwacja dwu poniżej przytoczonych przypadków.

P r z y p a d e k I. Pani O. Z. przyjęta dn. 24. II. 1931 r. pod L. 341/31. Osoba lat 32. Rodziła dwukrotnie, ostatni raz przed 6 i pół laty. Nie roniła. Choruje na gruźlicę płuc szczytową w postaci przewlekłej. Ostatnia miesiączka prawidłowa w październiku, czyli przed 5 miesiącami; w grudniu w terminie miesiączkowym krótkie, lecz bardzo obfite krwawienie. Skarży się na silne bóle w dole brzucha, głównie po stronie lewej i na omdlenia, występujące zwłaszcza po próbach leczniczego zastosowania diatermji za radą lekarza leczącego ją przed przybyciem do kliniki.

Wobec takiej anamnezy powzięto pierwotnie podejrzenie na ciążę pozamaciczną, lecz biorąc pod uwagę poważne wątpliwości, postanowiono poddać chorą obserwacji klinicznej. Badania zestawione, kilkakrotnie wykonywane, wreszcie wykazały macicę powiększoną, ciężarną, wielkością odpowiadającą III. m. ciąży, a obok niej po stronie lewej ruchomy guzek wielkości jaja kurzego. Operacja wykonana dnia 6. III. potwierdziła wynik badania zestawionego, przyczem wyżej wspomniany guzek okazał się twardym guzem jajnika lewego o szypule skręconej o 180°. Jajnik lewy usunięto, a badanie mikroskopowe tegoż wykazało: *Fibroma ovarii.* Przebieg pooperacyjny gładki. Pacjentka opuściła klinikę w 20 dni po operacji z ciążą utrzymaną, dobrze rozwijającą się. We wrześniu 1931 r. nastąpił prawidłowy i samoistny poród.

P r z y p a d e k II. Pani J. Ch. przyjęta dn. 8. III. 1931 pod L. 405/31. Ma lat 24. Rodziła raz przed 3 laty. Miesiączka prawidłowa ostatnia 15 lipca 1930 roku. Od tego czasu do stycznia zupełny brak krwawień miesiączkowych, dopiero 15. I. i 15. II. lekkie plamienie w ciągu 1 dnia, z bólami.

Skarży się na bóle w okresach menstruacyjnych, na brak krwawień miesiączkowych przy jednoczesnym braku pewnych objawów ciąży.

Badanie zestawione wykazało macicę ciężarną, wielkością odpowiadającą V mies., a obok niej po stronie prawej guz wielkości głowy noworodka, ruchomy, tkliwy, kulisty, prawdopodobnie guz jajnika prawego.

Operacja wykonana dn. 12 marca wykazała istotnie obok macicy powiększonej i rozpulchnionej, odpowiadającej V m. ciąży, guz utworzony z nowotworowo zmienionego jajnika prawego i rozciągniętej na nim trąbki prawej. Szypuła tego guza była skręcona o 540° lewozwrotnie, a guz sino-czarny wykazywał objawy zastoju żylnego; dookoła guza liczne zrosty z otoczeniem.

Wobec powyższego stanu rzeczy usunięto całe przydatki, wycinając jajowód wraz z rogiem macicy. Przebieg pooperacyjny gładki, jednakowoż już na czwarty dzień nastąpił w nocy poród całkowitego jaja z płodem martwym, odpowiadającym wielkością VI. m. ks. ciąży. (Z anamnezy ciąża trwała od 8 miesięcy).

Mieliśmy tu zatem do czynienia z guzem skręconym jajnika obok t. zw. *missed abortion* w macicy.

Jak widzimy dwa przypadki guzów jajnika i ciąży, a zakończone rozmaicie co do utrzymania tej ostatniej.

W związku z powyższemi przypadkami przeszukałem dotychczasowy materjał Kliniki Ginekol-Położniczej U. W. od początku jej istnienia, t. j. od r. 1921 do 1931 r. Okazało się, że wszystkich przypadków guzów nowotworowych jajników było w okresie sprawozdawczym 275.

Z tego w 28 przypadkach (10%) istniała jednocześnie sprawa generacyjna t. j. ciąża, poród, połóg lub ciąża pozamaciczna, ta ostatnia w 10 przypadkach.

Z pozostałych 18 przypadków — 1 związany był z porodem, 4 — z połogiem, 13 — z ciążą.

Z 13 przypadków guza jajnika, współistniejących z ciążą, 11 operowano, dwa nie operowano z powodu braku zgody pacjentek.

Z 11 operowanych, u dwu nastąpiło po operacji przerwanie ciąży (ca 18%. Statystyka zbiorowa S t ü b l e r i B r a n d e s s'a podaje 17,1% przypadków przerwania ciąży).

Przyczynę przerwania ciąży po wycięciu guzów jajnika upatrujemy z jednej strony w podrażnieniu macicy w czasie operacji (dotyk, oziębienie, ewent. operacje na niej, jak wycięcie trąbki wraz z rogiem macicy), z drugiej zaś w usunięciu ciałka żółtego,

które obecnością swej wydzieliny dokrewnej ochraniać ma ciążę przed jej przerwaniem.

Popatrzmy jak przedstawiają się wspomniane wyżej czynniki w naszym materjale. A więc odnośnie do techniki. Wycięcie samego jajnika, czy to całego, czy jego części, wykonane w 6 przypadkach nie wywołało ani razu przerwania ciąży. Usunięcie zaś całych przydatków jednostronnie, a więc jajnika i jajowodu wraz z rogiem macicy wywołało na 5 przypadków przerwanie ciąży aż w dwóch (40%). Nadmienić należy, że w jednym z dwu przypadków mieliśmy do czynienia z *missed abortion*, które już przedtem w dwu okresach miesiączkowych krwawieniem zaznaczało swoją skłonność do poronienia; w drugim zaś liczne i mocne zrosty utrudniały operację, przedłużały ją i powodowały nieuniknione wprost podrażnienie macicy.

W każdym jednak razie różnica wyników zależna od techniki, a raczej planu operacyjnego, zaznacza się wyraźnie.

Druga przyczyna przerwania ciąży — usunięcie ciałka żółtego, podniesiona w swoim czasie przez Fraenkla i Borna, udokumentowana licznemi doświadczeniami na zwierzętach, wydaje się w patologji ludzkiej mniejszą odgrywać rolę. Znane są powszechnie przypadki donoszenia dziecka pomimo usunięcia obydwu jajników w czasie ciąży. Rozpatrzenie ścisłe materjału klinicznego pod omawianym względem jest bardzo utrudnione, głównie dlatego, że nie zawsze łatwo znaleźć się udaje już w czasie operacji, ciałko żółte, które wszak umieścić się może nawet w ścianie torbieli zupełnie w niej rozpłaszczone, jak to podaje Rosner. To też w materjale naszym nie mogłem ustalić czy w pozostawionym jajniku pozostawało ciałko żółte, czy nie. W opisie operacji zaledwie w 2 przypadkach wyraźnie zaznaczono, że w zdrowym jajniku ciałka żółtego nie stwierdzono. W obydwu tych przypadkach ciąża utrzymała się po operacji.

Podnoszono oddawna, że ciałko żółte jest najnieodzowniejsze w bardzo wczesnej ciąży, później zaś częściowo jego czynności przejmuje jaje płodowe, względnie jego część, t. j. łożysko (w części pochwowej). Wychodząc z tego założenia łatwiej powinna ulegać przerwaniu po ewent. usunięciu ciałka żółtego wczesna ciąża, niż nieco późniejsza. W naszym materjale jest wprost przeciwnie:

Wśród 11 przypadków guzów jajnika operowanych w czasie ciąży — 4 były w II. m., 1 — w III. m. c., 4 — w IV. m. c., 2 — w V. m. c. i przerwaniu właśnie uległy te dwa najstarsze przypadki ciąży, bo w V. m. ks.

Pogląd na ciałko żółte w biologji zwierzęcej w jednym tylko punkcie wydaje się zgodny: mianowicie, że ciałko żółte, po uprzedniem przygotowaniu śluzówki macicy przez hormon pęcherzykowy, — doprowadza do objawów wydzielania gruczołów, do przekrwienia, słowem przygotowuje śluzówkę macicy do zagnieżdżenia jaja płodowego. Dalsza jego rola z chwilą zapłodnienia polegać ma na ochronie istniejącej ciąży. Pogląd ten opierał się początkowo na doświadczeniach empirycznych Fraenkla, który stwierdził przerwanie ciąży po usunięciu ciałka żółtego. Postępując w tym samym kierunku Allen i Corner udowodnili, że stosując zastępczo wstrzykiwanie, czy wszczepianie ciałka żółtego zwierzętom ciężarnym, pozbawionym operacyjnie w czasie ciąży jajników, — utrzymywali ciążę aż do końca. Na poparcie tych danych przybyły badania Knaus'a, który stwierdził nieczułość mięśnia macicy na pobudki do skurczu, idące od tylnego płata przysadki mózgowej w czasie, kiedy istnieje i działa ciałko żółte w ciąży. To też jak obecnie się wydaje usunięcie ciałka żółtego u zwierzęcia istotnie jest powodem przerwania ciąży. Natomiast przeniesienie w całości wyżej wyłuszczonego wniosku na kobietę wydaje się nieuzasadnione. Przedewszystkiem odnośnie do badań Fraenkla i Borna wiadomo, że usunięcie nietylko ciałka żółtego, ale nawet obydwu jajników w bardzo wczesnych nawet okresach ciąży (na 34-ty dzień w przypadku Waldsteina) nie wywołuje u kobiety przerwania ciąży. Z kolei badanie Knausa, wspomniane przed chwilą, okazały się swoiste tylko dla królic, na których były wykonywane; już na innych zwierzętach albo nie wypadała reakcja tego autora zupełnie, albo wypadała słabiej. Tem bardziej nie można przenosić na kobietę wniosków wysnutych z tych bardzo ciekawych badań.

Reasumując, na zasadzie przedewszystkiem spostrzeżeń klinicznych, stwierdzić wypada, że poczynając od 34-ego dnia ciąży ciałko żółte nie jest konieczne dla utrzymania ciąży u kobiety, natomiast w doświadczeniu na zwierzętach przekonano się, że ronią one niezawodnie po usunięciu w czasie ciąży ciałka żółtego. Wspomniałem wyżej, że oddawna wysuwano przypuszczenie, iż łożysko rozwijającego się jaja płodowego bierze na siebie rolę ciałka żótego w kierunku ochrony ciąży. Tezę tę próbowali sprawdzić doświadczalnie Fränkel i Fels, wszczepiając samicom wykastrowanym w czasie ciąży kawałki łożyska, przedniego płata przysadki mózgowej lub wstrzykując ten lub inny preparat folikuliny (hormonu rujowego). Wszystkie ich próby spełzły na niczem, ciąży utrzymać się nie udało.

Z drugiej strony badania Collip i Cambell'a wykazały, że łożysko hormonu ciałka żółtego nie posiada; zawiera ono natomiast 3 hormony; 1) odpowiadający folikulinie (hormon rujowy), 2) odpowiadający w działaniu biologicznem frakcji przedniego płata przysadki mózgowej, pobudzającej pęcherzyk Graafa do dojrzewania (t. zw. Prolan A), i 3) odpowiadający tak zwanemu Prolanowi B, czyli frakcji przedniego płata przysadki mózgowej, wywołującej luteinizację.

Ta ostatnia frakcja hormonalna łożyska, niewątpliwie wykazująca swoiste powinowactwo w stosunku do ciałka żółtego, mogłaby być (co nie jest jeszcze udowodnione) posądzona o zastępcze działanie zamiast ciałka żółtego w kierunku ochrony, względnie utrzymania ciąży.

Zdawaćby się mogło słusznem, abyśmy zwrócili uwagę na przedni płat przysadki mózgowej, zawierający, według panujących do niedawnia poglądów Zondeka, właśnie oryginalną frakcję luteinizującą, t. zw. Prolan B. Jakże jednak temu uwierzyć, skoro Philipp w licznych doświadczeniach dowiódł, że właśnie w czasie ciąży przysadka, względnie jej płat przedni, nie zawiera ani Prolanu A, ani Prolanu B.

Oczywista, to, co powiedziałem wyżej o frakcji luteinizującej hormonu łożyska odnosi się może wogóle do frakcji luteinizującej hormonów ciąży, względnie hormonów, przesycających organizm kobiety ciężarnej, zwanych przez Zondeka i towarzyszy hormonem przedniego płata przysadki mózgowej.

Pozostawiając na boku narazie niezdecydowane rozważanie hormonalne i wracając do strony klinicznej zagadnienia, stwierdzić musimy, że dla utrzymania ciąży u kobiety cierpiącej na guz jajnika, pierwszorzędne znaczenie ma plan operacji, polegający na wycięciu samego tylko jajnika z ominięciem rogu macicy, usunięcie zaś ciałka żółtego albo zupełnie nie ma znaczenia, albo tylko drugorzędne.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Roman HINZE, dyrektor szpitala powszechnego. Rzeszów.

Rozrost sutka męskiego (*gynaecomastia*) do wagi 125 g.

Nieprawidłowe powiększenie sutka męskiego nazywamy ginekomastją. Miano to pochodzi od Galena i oznacza, że sutek mężczyzny stał się podobnym co do wielkości i postaci do sutka kobiecego.

Zboczenie to jest dosyć rzadkie; Barlacki wspomina, że przy poborach do wojska na 20.000 rekrutów wypada jeden ginekomasta. Jako sprawa, ośmieszająca do pewnego stopnia mężczyznę, stała się ona powodem, że nie brakło wniosków (Gruber, Barlacki), by ginekomastów zwalniać od służby wojskowej.

Poza zewnętrznem wyglądem, naśladującym wielkością i postacią płeć żeńską; kryje się zazwyczaj zmarniały i niedorozwinięty gruczoł mleczny.

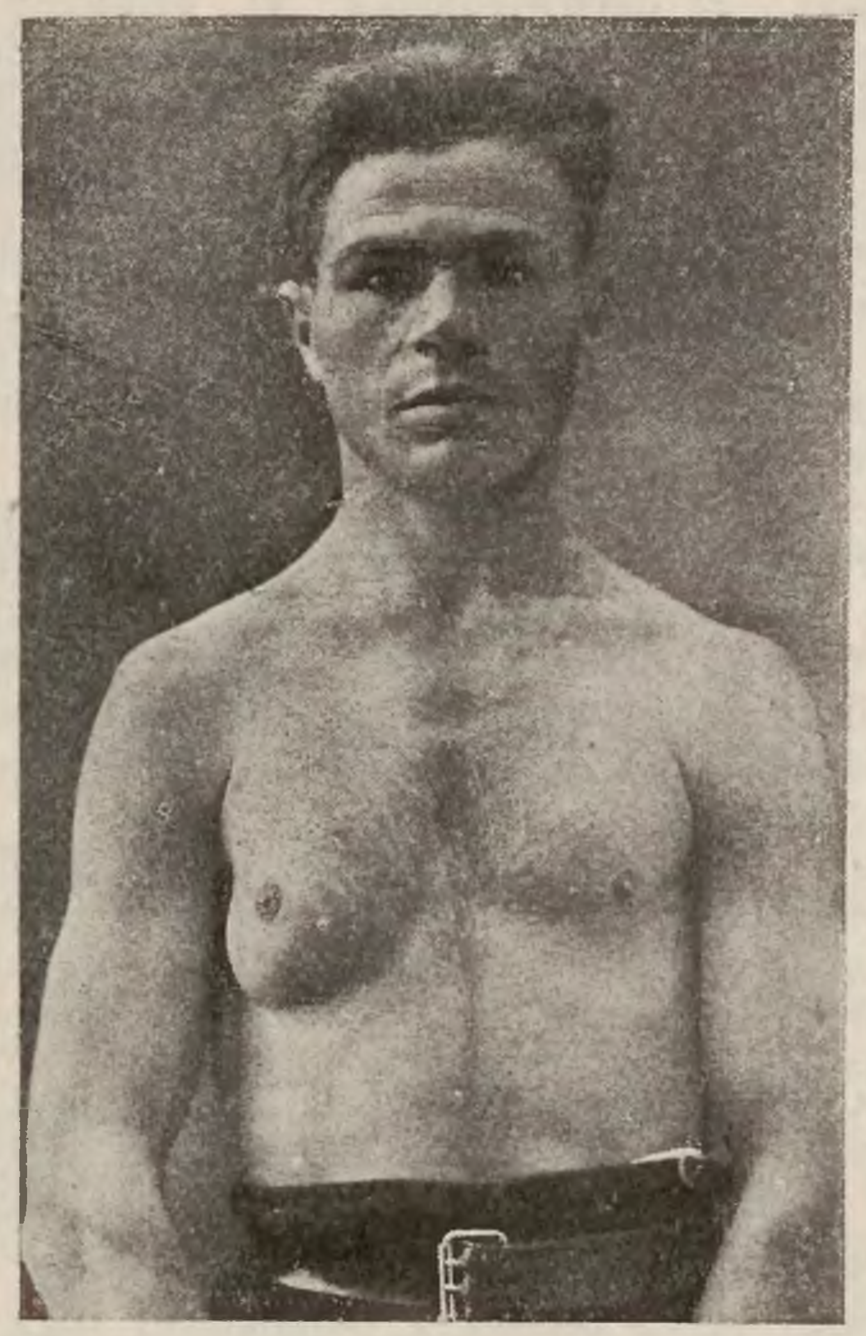
Badania drobnowidowe wyciętych sutków u ginekomastów wykazały w polu widzenia preparatów liczne przewody gruczołowe; jednakowoż brak zrazików i brak właściwego gruczołu mlecznego. Ponadto stwierdzono zazwyczaj bujanie tkanki łącznej i tłuszczowej. Wydzielania prawidłowego mleka u ginekomastów dotychczas nie stwierdzono.

Niektórzy autorowie, jak Wasilewski, Rufanoff, Schumann i Sebening, zauważyli u ginekomastów liczne znamiona upośledzenia płciowego.

Występowało ono pod postacią spodziectwa, obojnactwa, wierzchniactwa (*Hypospadiasis, Hermaphroditismus, Epispadiasis*), albo też pod postacią zaniku jąder, skąpego uwłosienia na twarzy i w okolicy wzgórka łonowego.

Wybujanie gruczołu piersiowego u mężczyzn tłumaczą niedostatecznym wpływem hormonów jądrowych, który u chłopców powoduje zanik sutka, podczas gdy u dziewcząt wpływ hormonów jajnikowych pobudza rozwój gruczołu piersiowego kobiecego. Tłumaczenie to nie dopisuje przy jednostronnem wystąpieniu ginekomastji, oraz odnośnie do tych osobników, których jądra są doskonale rozwinięte, n. p. jak to było w naszym przypadku. Co do wielkości sutka u mężczyzn, to opisywano tak wielkie sutki, jak gęsie jajo, albo też występujące 6 cm nad poziom klatki piersiowej. (Wiolin).

Najcięższym gruczołem opisanym w piśmiennictwie niemieckiem był przypadek G r u b e r a, który ważył świeżo wyjęty 110 g. Nasz przypadek osiągnął wagę rekordową, gdyż świeżo wyjęty miał ciężar 125 g; dotyczył mężczyzny lat 29, przedstawiającego się jak to wykazuje załączona fotografja okazale.



U osobnika tego nie stwierdziliśmy żadnych nieprawidłowości w układzie płciowym; jedynie prawy sutek wykazywał charakterystyczny wygląd kobiecy.

Jądra tego osobnika były silnie rozwinięte i zdrowe, uwłosienie bujne.

Ponieważ nie mieliśmy nadziei wyleczenia go z tej nieprawidłowości przeszczepianiem jąder sposobem L a e d e r i s c h a lub l a G a f f a, przeto usunęliśmy sutek operacyjnie.

Wycięty gruczoł piersiowy przedstawiał się pod postacią placka krągławego, ciężaru 125 g, o wymiarach 9.5 × 9 × 3 cm. Jest on dość ostro odgraniczony od otoczenia, t. j. od tkanki tłuszczowej otaczającej go, z której też daje się dobrze wyłuszczyć. Ma on zaznaczoną budowę zrazikową, nie wszędzie jednak. Są miejsca, w których budowa jest bardziej jednostajna. Już gołem okiem stwierdza się wnikanie w sam gruczoł pasm tkanki tłuszczowej, oddzielającej tu i ówdzie tkankę gruczołową na zrazy większe. Barwa widoczniejszych zrazików jest szaroworóżowa w odróżnieniu od tkanki międzyzrazikowej, szarawej. Utkanie, w całości biorąc, jest dość zbite i słabo ukrwione.

O p i s m i k r o s k o p o w y. (Instytut anat.-patol. we Lwowie). Celem badania drobnowidowego powycinano z różnych miejsc skrawki i pozatapiano je w parafinie. Nadto porobiono skrawki mrożone celem zabarwienia na tłuszcz sudanem III. Skrawki parafinowe barwiono hematoksyliną i eozyną.

Główną masę utkania tworzy tkanka łączna, wybitnie włóknista, skąpo komórkowa. Składa się ona z obfitych włókien klejowych, prawie zawsze złożonych w pączki, przedewszystkiem jednak w beleczki i belki, szklisto zwyrodniałe i silnie barwiące się eozyną. Między temi beleczkami i belkami znajdują się szczelinki, a w nich stosunkowo nieliczne komórki tkanki łącznej z jądrami wydłużonemi, pałeczkowatemi i laseczkowatemi. Unaczynienie tej tkanki jest bardzo skąpe.

Wśród opisanej tkanki stwierdza się bardzo nieliczne drobniutkie wysepki przekrojów gruczołowych pęcherzykowych, przyczem pęcherzyki gruczołowe są różnej wielkości i jest ich w zraziku zaledwie po kilka. Nabłonek tych pęcherzyków jest niski, wałeczkowy, gdzieniegdzie niemal brukowy, jednowarstwowy. W pęcherzykach bardzo małych nie można dopatrzyć się światła gruczołowego. Te zaledwie gdzieniegdzie dające się wykazać drobniutkie wysepki gruczołowe otoczone są bezpośrednio, przez włókienka tkanki łącznej, które wraz z odpowiadającemi im komórkami tkankołącznowemi barwią się przeważnie zasadochłonnie, wskutek czego ta tkanka, współśrodkowo ułożona względem wysepek, odbija się, a raczej silnie odcina od otaczającej tkanki łącznej, kwaśnochłonnej.

Prócz opisanych wysepek gruczołowych stwierdza się w utkaniu nieliczne przekroje przewodów gruczołowych różnej wielkości i postaci. Niektóre z tych przewodów są porozszerzane, inne znów tak uciśnięte przez otaczającą zbitą tkankę łączną, że przedstawiają się one pod postacią pasemek zbudowanych z dwóch rzędów komórek nabłonkowych gruczołowych, bez światła gruczołowego, względnie przewodowego. Opisane przewody wyścielono są przez jednowarstwowy nabłonek wałeczkowy, miejscami zbliżony do nabłonka brukowego. Naokoło tych przewodów znajdują się gdzieniegdzie nieznaczne nacieki drobnokomórkowe. Zarówno w nabłonkach pęcherzyków gruczołowych, jak i w nabłonkach przewodów, nie można stwierdzić obecności kuleczek lub ziarenek tłuszczowych. Wśród wyżej opisanego utkania znajduje się, w postaci pasm i wysep tkanka tłuszczowa, która z otoczenia wniknęła w samo utkanie gruczołowe.

Tak więc badanie mikroskopowe, a także do pewnego stopnia wygląd makroskopowy, wykazuje utkanie gruczołowe wyciętej tkanki i to gruczołu piersiowego, w którym jednak uderza bardzo silny rozwój zbitej, twardej, włóknistej i szklisto zmienionej tkanki łącznej podścieliskowej na niekorzyść właściwej tkanki gruczołowej, której jest bardzo mało i która jest częściowo w stanie zaniku.

Należy podnieść, że w obrazie histologicznym stwierdzono, co prawda zaledwie tylko gdzieniegdzie drobniutkie wysepki gruczołowe, czego nie mogłem zauważyć w przypadkach ogłoszonych w dostępnem mi piśmiennictwie.

Dr. L. ACHMATOWICZ, ordynator. Wilno.

Przyczynek do kazuistyki postrzałowych ran żył.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala Św. Jakóba w Wilnie.

Przed półtora rokiem miałem sposobność obserwować i operować z pomyślnym wynikiem chorego, u którego obce ciało w postaci kawałka drzewa tkwiło w opuszce prawej żyły szyjnej wewnętrznej.

Poniżej podaję przebieg wypadku.

Dnia 29 września 1929 roku na oddział chirurgiczny szpitala zgłosił się chory K., lat 27, rolnik.

W y w i a d y: Trzy dni temu przy wysadzaniu dynamitem kamieni został ranny odłamkami kamieni w twarz i szyję, wskutek przedwczesnego wybuchu pocisku, załadowanego do otworu w kamieniu. Chory bezpośrednio po wybuchu zemdlał, lecz wkrótce oprzytomniał i przez kolegów został przewieziony do szpitala w m. Głębokiem, gdzie lekarz opatrzył chorego i skierował do Wilna. Po trzydniowej wędrówce chory dotarł do naszego szpitala i został umieszczony na oddziale chirurgicznym.

S t a n o b e c n y: Chory wzrostu średniego, odżywiania dobrego, mocnej prawidłowej budowy. Ciepłota 39,2 — tętno 92, ze strony serca, płuc i innych narządów wewnętrznych zmian nie stwierdza się.

Twarz chorego obrzmiała, w skórze twarzy liczne drobne cząsteczki prochu i drobnych kamieni, w rogówce oka prawego tkwią dwa drobne odłamki kamieni, które zostały natychmiast usunięte. W okolicy dolnego odcinka prawego mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, tuż przy obojczyku, stwierdza się ranę 2 i pół cm długą i półtora cm szeroką, o brzegach tłuczonych, drążącą poprzez mięsień w głąb szyi. Wokoło rany obrzęk i zaczerwienie, z rany wydziela się cuchnąca ropa. Obmacywanie okolicy rany poza obrzękiem nic nie wykazuje.

30 września: Stan chorego bez większych zmian, ciepłota 39°, tętno 92.

1 października: Obrzęk rany i szyi zwiększa się, obrzęk twarzy nieco mniejszy.

3 października: Obrzęk wokoło rany zwiększa się, ciepłota 39,2°. Chory zgadza się na zabieg.

Operacja: (Achmatowicz) morfina, atropina, eter. Chory ułożony na stole w położeniu z odchyloną ku tyłowi głową. Cięcie skórne 12 cm długie, biegnące wzdłuż przebiegu mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego i poprzez ranę postrzałową. Mięsień i jego tylną pochewkę przecięto wzdłuż włókien i rozszerzono hakami, poczem stwierdzono, że w dolnym odcinku rany operacyjnej, poza mięśniem w ścianie opuszki żyły szyjnej wewnętrznej, tkwi ciało obce, otoczone licznemi skrzepami krwi. Ciało powyższe zostało schwycone szczypczykami i ostrożnie usunięte, poczem nastąpił gwałtowny krwotok wśród charakterystycznego szmeru wciągania do żyły powietrza. Instynktownie otwór w ścianie żyły został przyciśnięty palcem, przyczem palec odrazu wszedł do tego otworu i znalazł się w świetle żyły, przyczem można było palcem wejść do żyły podobojczykowej i bezimiennej.

W dalszym przebiegu operacji został wycięty tuż przy zbiegu z żyłą bezimienną uszkodzony odcinek żyły szyjnej (4 cm długości). W czasie tego zabiegu trzykrotnie następowało wessanie powietrza do światła żyły z powodu słabego ucisku na miejsce połączenia żyły bezimiennej i podobojczykowej.

Ranę, wypełnioną gazą, opatrzono.

Badanie wyciętego odcinka żyły wykazało, że uszkodzoną kawałkiem drzewa była tylko przednia ściana żyły.



Usunięte ciało obce miało 2 cm długości i 3/4 cm szerokości. Był to kawałek drzewa, powierzchni nierównej, chropawej.

Przebieg pooperacyjny pomyślny — następnego dnia ciepłota spadła, w ciągu kilku dni następnych stała się prawidłową, sączek usunięto na 12-ty dzień, a w trzy tygodnie po zabiegu chory opuścił szpital, jako zdrowy.

Streszczając opis powyższego przypadku należy podkreślić okoliczności następujące:

1) pocisk w postaci kawałka drzewa 2 cm długości i 3/4 cm szerokości, o nierównej chropowatej powierzchni, wskutek wybuchu utkwił w świetle opuszki żyły szyjnej, nie raniąc jej tylnej ściany i jak korek wsadzony do butelki zamknął otwór w ścianie żyły. Okoliczność ta oraz skrzepy krwi zapobiegły śmiertelnemu krwawieniu. .

2) W czasie operacji czterokrotnie następowało wessanie powietrza do światła tak dużej żyły jak żyła bezimienna, a co zatem idzie, przedostanie się powietrza do prawego serca.

3) Jednocześnie z powietrzem do obiegu krwi stanowczo przedostała się ropa (palec był zakażony ropą).

Pomimo takich, niewątpliwie groźnych, powikłań chory wyzdrowiał. Jest to najlepszym dowodem, że o ile mięsień sercowy działa sprawnie, jest on w stanie przepchnąć nawet większą ilość powietrza z prawego serca do małego obiegu krwi, a stąd do pęcherzyków płucnych.

———

OCENY I SPRAWOZDANIA.

H. Vigneron. *Manuel des Caculs de laboratoire. Précision. Discussion et interpretation des resultats expérimentaux à l'usage des chimistes, biologistes et physicochimistes.* 138 stron. Paris, 1931. Masson. (40 franków).

H. Vigneron, autor bardzo użytecznego podręcznika chemji fizycznej (1926) zebrał w krótkim podręczniku rachunków pracownianych wiele rzeczy potrzebnych dla przemyślenia oraz interpretacji wyników pracownianych: rachunek błędów, sprawdzanie przyrządów mierniczych (mianowicie biuret i pipet, termometrów oraz wag), wyrażanie wyników przez wykresy i równania, interpolacje, rachunki uproszczone. Teorje są przedstawione bardzo przystępnie i objaśnione na doskonale wybranych przykładach.

Zaznaczając, że wykład jest zupełnie poprawny i zalecenia autora ścisłe, musi referent jednak zauważyć, że w rozdziale o teorji błędów spotyka twierdzenie, na które trudno mu się zgodzić. Niepodobna, jak to czyni autor, próbować oddzielić teorję błędów od teorji prawdopodobieństwa i niejasności, która zdaniem autora, wprowadzili matematycy, w dzisiejszej teorji błędów już chyba zupełnie niema. Twierdzenie autora, że przedstawianie wyniku szeregu doświadczeń przez średnią arytmetyczną jest konwencją i to konwencją dlatego najbardziej uprawnioną, że najprostszą, informuje czytelnika nieprzygotowanego doprawdy błędnie: wyniki przedstawia się przez średnią dlatego, że w t. zw. normalnem rozmieszczeniu wyników w krzywej Gaussa średnia okazuje się najprawdopodobniejszą i często faktycznie, t. j. eksperymentalnie jest najczęstszą. Zdaniem referenta należałoby raczej zachęcić czytelnika do dokładniejszego zaznajomienia się z teorją błędów i statystyką, aniżeli zająć wobec zastosowania statystyki do teorji błędów stanowisko negatywne.

W rozdziale o przedstawianiu wyników w wykresach, zwraca uwagę brak zasad nomografji (np. d'Ocagne'a), która jest dziś tak ważnym i użytecznym środkiem pomocniczym.

Parnas (Lwów).

Dr. Georg Hauffe: *Herz, Pulsation und Blutbewegung.* Str. 246. J. F. Lehmanns Verlag München 1930.

W wstępnej części dzieła przytacza autor poszczególne wyniki dotychczasowych badań naukowych, odnoszących się do czynności mięśnia sercowego, poczem przechodzi do objaśnienia modelu, którym się posługiwał dla wykazania rytmu serca na drodze mechanicznej. Treść dalszych rozdziałów zawiera omawianie doświadczeń autora, które uzyskał przez eksperymentowanie na modelu i traktat o sercu jak i o układzie krwionośnym z punktu widzenia własnych i odmiennych poglądów.

Teorję swoją opiera autor na doświadczeniach przetłaczania wody przez sieć elastycznych wężów gumowych, upodobnionych do układu krwionośnego w celu wykazania rytmu na drodze mechanicznej. Ażeby zdobyć podstawę dla swej teorji, uciekł się autor do eksperymentowania wężem gumowym, przez który przetłaczał wodę. Zauważył, że ściany węża przy przepływie wody zwężały się, przyczem cząsteczki płynące w środkowej części strumienia posuwały się najszybciej, a traciły na szybkości, im bliżej płynęły przy brzegach ścian. Z przyśpieszeniem szybkości strumienia gromadziły się cząsteczki brzeżne intensywniej w środkowej części strumienia, w której wzmagał się odpływ, powodujący według prawa energji, ciśnienie niższe niż u brzegów. Światło zaś węża ulegało tem większemu ściśnieniu, im więcej przyśpieszano prąd wody. Następnie przez zgięcie węża gumowego wytworzył Hauffe zmianę elastyczności węża, przez co zewnętrzna ściana uległa napięciu, zaś wewnętrzna odprężeniu. Cząsteczki przepływające w tak uformowanym wężu przebiegały po bocznej, górnej ścianie szybciej dla pokonania dłuższej przestrzeni, natomiast po przyśrodkowej wolniej, przez co spowodowały z chwilą przyśpieszenia swego krążenia zakleśnięcie węża. W ten sposób wywołał autor w wężu gumowym, skręconym w dwóch przeciwnych kierunkach w kształcie litery S dwie oddzielnie tętniące części, z której górną, należy uważać za sztuczny przedsionek, dolną zaś za sztuczną komorę. Wyszukaniem nierówno elastycznych miejsc w wężu gpmowym przekonał się o odmiennem tętnieniu górnego i dolnego odcinka i wywoływał, zmieniając dowolnie szybkość prądu, nawet stałe tętno nieregularne. W następstwie osiągnął z mniejszem lub większem zgięciem węża przy równej szybkości strumienia dowolną ilość uderzeń. Przetłoczeniem 100 cm^3 wody przez wąż o szerokości światła 12 mm wywołał autor w 28 a nawet 48 sekundach 60 uderzeń, które wzrastały do liczby 100, gdy zmieniał dowolnie zgięcia. Z tego wysnuł Hauffe wniosek, że rytm uzależniony jest od szybkości miejscowego przepływu strumienia. Na tej drodze osiągnięty sukces, skłonił autora do podjęcia ściślejszych badań, do skonstruowania modelu, składającego się z sieci elastycznych wężów gumowych, upodobnionych do układu krwionośnego. Doświadczenia osiągnięte zapomocą modelu wykazały po 1) zwężenie, a nie rozszerzenie światła elastycznego węża gumowego przy przyśpieszonym przepływie wody; po 2) występowania, przy wzmożonej szybkości prądu z równoczesnem zwężeniem światła, nieskoordynowanego drżenia ścian węża gumowego, które to drżenia ustępowały regularnemu tętnieniu, jak w systemie żywym, co dało jasny pogląd na powstawanie tętna w ustroju na drodze mechanicznej.

Eksperyment wykonany na modelu uważał Hauffe za uzupełnienie badań przeprowadzonych w instytucie fizykalnym II. kliniki Charité i wyższej szkoły rolniczej w Berlinie nad funkcją serca i systemu krwionośnego w ustroju ludzkim przy pomocy Roentgena.

Autor skonstatował, że z chwilą przyśpieszenia krążenia krwi wskutek bodźców zewnętrznych n. p. pod wpływem stosowanych kąpieli, krew w zwiększonej ilości spływa do obwodu i tem samem powoduje zmniejszenie cienia serca i aorty, rozjaśnienie cienia płuc i obniżenie parcia tętniczego. Ze zmniejszającym się odpływem krwi z zbiornika (serca) i przy wolniejszym krwiobiegu, cień dużych naczyń poszerza się, cień płuc zaciemnia się i parcie krwi wzrasta. W pierwszym przypadku ustępują nieregularności tętna, tętno jest mniej wyczuwalne; natomiast w drugim przypadku, występują wyraźniej nieregularności tętna; tony serca i tętno są wzmożone.

Według Hauffego powyższe objawy przeczą dotychczasowemu twierdzeniu, że serce spełnia funkcję pompy tłoczącej, bo gdyby tak było, to wzmożony odpływ krwi z serca powodowałby rozszerzenie tętnicy głównej i wzrost ciśnienia krwi.

Że serce jest pompą ssącotłoczącą, mówi to fakt istnienia w worku sercowym nieznacznego ujemnego ciśnienia, na co naprowadziła autora punkcja worka sercowego u żywego barana, która wykazała ciśnienie ujemne 4,5 cm słupa wody. Ponieważ worek serca jest uszczelniony sztywną błoną i pozostaje w stałem napięciu, powoduje każdorazowy skurcz odcinka serca zmniejszenie przestrzeni w worku i dalsze wzmożone ciśnienie ujemne, które działa ssąco na przeciwległy odcinek serca, przez rozciąganie ścian tego odcinka.

Zaciekawia nas atoli funkcja worka w przypadkach schorzenia jego jak *pericarditis exsudativa* oraz *adhaesiones pericardiales*. Niewątpliwie stany te osłabiają a nawet niszczą własności ssące worka sercowego, upośledzają opróżnianie komór serca i przyczyniają się do ograniczenia swobody ruchów mięśnia sercowego.

Twierdzenie Hauffego jest jednak o tyle przekonywujące, o ile worek serca spełnia swą funkcję ssącą jako jeden z narządów pomocniczych. Skurcz i rozkurcz serca odbywa się według autora na drodze mechanicznej, jako nieodłączne następstwo przyległych

do siebie przedsionków i komór, regulowanych własnością elastycznego układu krwionośnego.

Własności systemu tego wytwarzają rytm powstający ze zwiększenia szybkości krwiobiegu na skutek zmian kurczliwości mięśni naczyniowych. Te zaś wywołują przez zmianę światła naczynia przyśpieszenie ilości uderzeń serca, jak również wzrastanie ciśnienia.

Zapatrywanie Hauffego na czynności nerwów w stosunku do serca, prowadzi do twierdzenia, że nerwy nie posiadają bezpośredniego wpływu na serce, lecz pośrednie przez działania na naczynia, które ze zmianą w nich zachodzącą regulują szybkość krwiobiegu i tem samem rytm serca. Serce samo dostosowuje się biernie do tych zmian.

Praca poważna i oryginalna streszcza wyczerpująco fizjologię krwiobiegu, opartą na odmiennem założeniu i nastręcza dużo zaciekawiających zagadnień teoretycznych i praktycznych.

Przypuszczać należy, że tak mozolnie przeprowadzone i uwieńczone skutkiem badania wytworzą nowe poglądy w tej dziedzinie, tem więcej, że jak to słusznie zauważyli Weiss i Krehl nie posiadamy dotąd wyczerpującej teorji o krążeniu.

Walerjan Spychała (Miłowody).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 50 z 15 grudnia 1931: T. Bodalski: Oznaczenie fosforu w soli wapniowo-magnezowej kwasu inozytofosforowego. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości Kas Chorych, rok II, nr. 19 z 1 października 1931: Dział urzędowy. Zarządzenia Min. Spraw Wewnętrznych. — Doświadczenia lecznictwa kasowego. — Z zagadnień ustawodawstwa ubezpieczeniowego. — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych. — Walka z gruźlicą. — Międzynarodowa polityka społeczna. — Kongresy i Zjazdy. — Sprawozdanie z badań młodocianych za pierwsze półrocze 1931 r. — Z życia Kas chorych.

Medycyna, nr. 23, z 7 grudnia 1931: K. Wagner: Przypadek pierwotnej błonicy palca. — J. Żeligowska: Wahania odczynu Biernackiego w ciągu dnia u chorych na gruźlicę płuc. — K. Szokalski: Cholesteryna, cukier, mocznik i kwas moczowy we krwi chorych na gruźlicę. — A. Wirszubski: Kilka uwag w sprawie etjologji i rozpoznawania porażenia połowiczego. — A. de Rosset: Przyczynek do kazuistyki wrodzonych wad serca. — Z. Michalski: O zastosowaniu strzykawki Jubé w codziennej technice terapeutycznej. — Doc. Dr. W. H. Melanowski: Objawy oczne we włośnicy.

Lekarz Wojskowy, tom 18, nr. 11 z 1 grudnia 1931: A. Bylina: Ś. p. Dr. Jadwiga Kwiecińska. — W. Rymkiewicz: O tak zwanej grypie na Pomorzu. — Z. Juraszyński: O gruźlicy przełyku. — L. Krzewiński: Toksykologja tlenku węgla (dok.). — A. Malinowski: Przypadek morfinizmu.

Przegląd dentystyczny, rok XI, nr. 11 z listopada 1931: M. Brill: Szkolna opieka dentystyczna w kraju i zagranicą (dok.). — Zeńczak: Racjonalne wyciski dla dostawek płytkowych (c. d.). — L. Brennejsen: Nowe prądy w dziedzinie profilaktyki stomatologicznej.

Młoda Matka, nr. 24, z roku 1931: J. Wiszniewski: Co może jeść dziecko do lat 7-miu w okresie świątecznym. — J. Bogdanowicz: Świąteczny dobór zabawek. — Z. Morawski: Kłopoty młodej matki. — Z. Glińska: Szczepienie ochronne przeciwgruźlicze, a wypadki w Lubece. — St. Średnicki: Umiejętne, celowe i higjeniczne urządzenie mieszkania jedno- i dwuizbowego.

Therapia nova, rok III, nr. 11 z listopada 1931: L. Lipszowicz: Gruźlica a układ nerwowy w świetle nowszych badań. — A. Galewski: Znaczenie siarki dla przemiany materji.

Przyroda i technika, rok X, nr. 10, z grudnia 1931: E. Stenz: Jak pracowała stacja magnetyczna w Daszawie. — J. Tambor: Niektóre fakty z anatomji porównawczej człowieka i antropoidów. — J. Szmid: Sztuczny jedwab.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VIII, nr. 51, z 17 grudnia 1931: J. Typograf: O zespole wielogruczołowym. — E. Flatau: O epidemji zapalenia rozsianego układu nerwowego w Polsce (1929—1931). Doniesienie II (c. d.). — J. Mackiewicz: Kilka uwag dyskusyjnych w związku z artykułem Dr. Henryka Higiera „W sprawie patogenezy i terapji hipertonji czyli nadciśnienia tętniczego" (Warsz. Czas. Lek. 1931 r. nr. 44 i 45). — H. Szpidbaum: Leczenie farmakologiczne cukrzycy (Streszcz. pogl., dok.). — T. Sporzyński: Z epidemjologji ospy (dok.).

Medycyna Praktyczna, rok V, nr. 11 z roku 1931: E. Parczewski: O przyczynach, leczeniu i powikłaniach schorzeń zapalnych wyrostka robaczkowego. — B. Schermann: Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc. — I. Offierska: Kilka uwag o zwalczaniu schorzeń przewodu pokarmowego za pomocą Carbonu „Erbe".

Dziecko i Matka, rok VI, nr. 23, z roku 1931: St. Szuman: Swoiste cechy dziecka. — M. Benisławska: Psychologja ciąży. — F. Kruszewska: Ich religja. — J. P.: Jadalna dekoracja choinki. — J. Prażmowska: Jak wietrzyć pokój. — M. Morzkowska: Odżywianie sztuczne niemowlęcia. — F. Łuniewska: Szczepienia ochronne w porze jesiennej. — H. Niemczycka: Zapalenie miedniczek nerkowych.

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom XIV, nr. 1—2, z roku 1931: J. Glass: Badania nad punktem izoelektrycznym hemoglobiny i rozmieszczeniem chloru we krwi w chorobie Basedowa. — B. Fejgin i M. Płoński er: Badania doświadczalne nad ziarnicą złośliwą *(Lymphogranulomatosis)*. — T. Święszkowski: Studja nad bakterjofagami. — J. Frendzlowa i Z. Szymanowski: Paraglutynacja pałeczki Banga z surowicą tyfusową. — J. Rosenblatt: Ciąża a wewnętrzna wydzielina. — Z. Szymanowski i N. Zandowa: Przyczynki doświadczalne do sprawy poszczepiennego zapalenia mózgu. — H. Makowska: Wpływ czynników dysocjujących na własności antygenowe szczepów *typh. gallinarum. R.* — J. Frendzlowa i Z. Szymanowski: Dalsze badania nad zmiennością bakteryj.

Lekarz Polski, rok 88, nr. 12, z 1 grudnia 1931: W. Chodźko: Gruźlica wiejska a gruźlica miejska (dok.). — S. Rudzki: Ustawodawcza walka z gruźlicą. — J. Babecki: Koncentracja społecznej walki z gruźlicą „Antitub" i udział w niej Kas chorych (dok.). — O lekarzu wiejskim (dok.). — Medycyna społeczna zagranicą. — J. Bujalski: Lekarze odministracyjni w instytucjach ubezpieczeń na wypadek choroby.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse médicale.

Nr. 70.

R. Targowla: *Zespoły psycho-somatyczne.* W chorobach psychicznych objawy chorobowe somatyczne są często związane z pewnemi objawami psychicznemi i te zespoły są niezależne od czynnika przyczynowego. Pewnym zdefinjowanym stanom psychicznym np. niepamięci *(amentia)* towarzyszą stale te same objawy ze strony narządu krążenia, wydalania moczu, i t. p. W melancholji stwierdza się niedomogę wątroby, nerek, zmiany w ilości barwików, cholesteryny, cukru we krwi. To samo odnosi się do innych stanów chorobowych. Autor sądzi, że rozwiązanie patogenezy i lecznictwa psychoz w związku z poznaniem kompleksów psycho-somatycznych, zwiąże psychjatrję jeszcze ściślej z medycyną ogólną.

R. Mercier: *Przyczynek do znajomości zjawiska filaksji.* Filaksja jest zjawiskiem wprost przeciwnem jak anafilaksja t. zn. słowo to oznacza, że przez wstrzyknięcie pewnego ciała ochronnego organizm staje się odporny na działanie ciała trującego. Autor robił doświadczenia na królikach, u których badał wpływ ochronny (filaktyczny) różnych połączeń magnezu na następowe działanie normalnie trującej dawki sparteiny. Autor przypuszcza na podstawie licznych doświadczeń, że zjawisko filaksji należy do rzędu zjawisk koloidalnych. W pierwszym okresie powstawania tego stanu stwierdza się w surowicy zaburzenia koloidalne, przesunięcia między białkami i lipoidami, zmiany w krzepliwości krwi. Z chwilą wprowadzenia substancji toksycznej zmieniony układ koloidalny adsorbuje truciznę i tworzy z nią kompleks nietrujący. Zjawiska filaksji i anafilaksji mają mieć ten sam mechanizm.

Nr. 72.

P. Courmont i P. Sédallian: *Epidemja gorączki połogowej.* Autorowie obserwowali małą epidemję gorączki połogowej, wywołaną przez paciorkowce hemolityczne. Przyczyną zakażenia była położna, która miała zapalenie migdałków. Z gardła położnej i z ropy położnic wyhodowano szczepy paciorkowców o tych samych własnościach bakterjologicznych i serologicznych.

Nr. 73.

M. Roch i H. Wohlers: *Dane statystyczne 431 przypadków marskości wątroby.* Autorowie podają statystykę anatomopatologiczną szpitali genewskich za okres ostatnich 30 lat. Wszystkie przypadki potwierdzono mikroskopowo. Marskość typu Laënnec'a zajmowała 97%, stosunek mężczyzn do kobiet wy-

nosił 2:1, średni wiek śmierci 56 lat. Alkoholizm w etjologji odgrywał prawie jedyną rolę, w ostatnich 10 latach w 100%. Następnie autor omawia wpływ zawodu, wahania roczne i znaczne zmniejszenie się śmiertelności w czasie wojny światowej, znaczenie gruźlicy, kiły, zaburzeń przewodu pokarmowego, rolę niektórych trucizn w powstawaniu marskości.

G. Lévy: *Formy automatyzmu słownego.* Autor omawia zaburzenia psychiczne znane pod nazwą palilalja i echolalja, charakteryzujące się tem, że chory kilkakrotnie powtarza pewien wyraz lub frazę. Palilalja może być lekka, ale może być też bardzo ciężka, kiedy chory wymawia to samo słowo lub grupę słów bardzo długo, tak, że wkońcu głosu nie słychać, widać tylko ruchy warg. Taką ciężką postać opisał autor jako palilalję afoniczną. Także echolalja czyli powtarzanie wyrazu wypowiedzianego przez kogo innego może w cięższych stanach przejść w echolalję afoniczną. Takie automatyzmy występują zazwyczaj w stanach pseudobulbarnych i parkinsonowskich. Autor podaje 1 przypadek takich automatyzmów u staruszki 77-letniej bez ciężkich schorzeń mózgowych i bez poważniejszych zaburzeń psychicznych. Sądzi, że mechanizm różnych automatyzmów słownych jest bardzo zbliżony i że pozostaje w pewnem pokrewieństwie do automatyzmów w zakresie pisma i ruchów (echografja, echopraksja).

P.-L. Violle i P. Dufourt: *Rola wapnia w wydalaniu kwasu moczowego.* Autorowie opierając się na tem, że wody mineralne wapienne i sole wapniowe usuwają ostre napady dny i zmniejszają ilość kwasu moczowego we krwi, przeprowadzili doświadczenia u siebie nad wydalaniem moczanów w moczu przy odpowiedniej diecie. Na podstawie tych badań przypuszczają, że kwas moczowy wydala się w połączeniu kompleksowem z wapniem.

Skowroński (Lwów).

Piśmiennictwo angielskie.
Surgery, Gynecology and Obstetrics.

LIII/2, 1931.

Moniz, Pinto, Lima: *Tętnicza encefalografja i jej wartość w rozpoznawaniu guzów mózgowych.* Narzędzia potrzebne do tego zabiegu są bardzo proste: dwa miękkie zaciskadła, dziesięciogramowa strzykawka i platynowa, 8 cm długa, bagnetowa igła. Płyn kontrastowy stanowi 22—25% roztwór jodku sodu.

Pacjent otrzymuje wieczorem dnia poprzedniego i w dniu zabiegu 0,03 luminalu.

W znieczuleniu miejscowem odsłania się t. szyjną wewnętrzną, a jeśli to jest trudne t. szyjną wspólną, do której podaje się płyn kontrastowy, przyczem podczas tej czynności na t. szyjną zewnętrzną zakłada się zacisk. Pacjent leży na stole rentgenowskim, by móc każdej chwili dokonać zdjęcia. Podaje się 6—7 cm³ płynu, u kobiet nieco mniej, u dzieci 2— 3 cm³.

Autorowie wykonali około 200 encefalografij i mogą powiedzieć, że sposób ten jest bardzo pomocny w rozpoznawaniu i umiejscowianiu nowotworów mózgu (prócz miażdżycy tętnic), uwidoczniając dodatkowe krążenie nowotworu lub też przemieszczenie tętnic.

Praca zawiera szereg udatnych rentgenogramów.

Lantzounis: *Uszkodzenie łąkotek kolanowych.* Uwagi oparte są na obserwacji 142-u przypadków. W 53-ech przypadkach nastąpiło oderwanie łąkotki przy zawodach sportowych, w 31 przy upadku z konia, roweru i t. d., w 10-ciu przy uderzeniu o stół i inne przedmioty, w 7-miu przy skręceniu kolana, w 3-ech przy podnoszeniu się z pozycji klęczącej i t. d.

W 65-ciu przypadkach stwierdzono w wywiadach, że kolano w czasie urazu znajdowało się w położeniu zgiętem. (ułożenie najpomyślniejsze).

Zdjęcie rentgenowskie rzadko się przyczynia do ustalenia rozpoznania uszkodzenia łąkotki, nawet po wypełnieniu stawu gazem.

Wszystkie przypadki poddano zabiegowi operacyjnemu. W żadnym nie nastąpiło zakażenie.

Wyniki w 85% bardzo dobre w 15% dobre; prawie wszyscy pacjenci powrócili do swych zajęć i do sportu.

Na podstawie tego materjału autor dochodzi do przekonania, że usunięcie łąkotki jest racjonalniejsze niż jakiekolwiek postępowanie zachowawcze, objawy chorobowe prawie zawsze znikają zupełnie.

Snoke: *Czynniki anatomiczne wpływające na złośliwość nowotworów skóry twarzy.* Stopień złośliwości raków skóry twarzy zależy od anatomicznego podłoża. Opierając się na tem poglądzie autor wydziela kilka grup raków twarzy:

1) okolicy wewn. brzegu oczodołu i kości jarzmowej, o podłożu kostnem, skóra jest bardzo cienka i przytyka bezpośrednio do kości, oczodołu i komórek sitowych. Z chwilą przejścia raka na te komórki rokowanie staje się poważne, pacjent musi poświęcić oko. Sposobem wyboru leczenia tego raka jest rad i promienie Roentgena.

2) Okolicy poniżej zewnętrznego otworu usznego i skroni, o podłożu z powięzi. Powięź stanowi przeszkodę, która czas dłuższy opiera się nowotworowi. Przeżarcie powięzi pociąga za sobą poważne rokowania.

3) Kąciki skrzydełek nosowych, czoło i czaszka, o podłożu włóknisto-twardem. W tej grupie posuwanie się nowotworu wgłąb jest jeszcze trudniejsze, a zabieg operacyjny jest łatwy i zwykle skuteczny.

4) Skóra nosa i dolna powieka, o podłożu chrząstkowem. Chrząstka stanowi bardzo znaczny opór dla nowotworu stąd też raki tej okolicy są przeważnie dobrotliwe.

Janik (Iwonicz).

Piśmiennictwo niemieckie.
Zeitschr. f. Krebsforsch.

T. 34. Z. 1. — 1931.

J. L. Kritschewski i P. L. Rubistein. *Naczyniakomięsak różnopostaciowokomórkowy, przeszczepialny w przesączach.* Autorowie badali charakter i stopień wzrostu nowotworu wyciętego u szczura, w hodowlach na pożywkach. Następnie hodowle szczepili szczurom celem przekonania się, czy są one zdolne do wywołania bujania nowotworowego a także starali się stwierdzić, czy poprzednie otrzymanie nowotworu zapomocą szczepionej hodowli sprowadza uodpornienie w razie następowego szczepienia nowotworu innego. Wnioski są następujące: Szczurzy naczyniakomięsak różnopostaciowokomórkowy da się hodować na pożywkach w pokoleniach bez ograniczenia. Komórki jego w ekspiantatach mnożą się amitotycznie. Nowotwór przeszczepiony za pośrednictwem przesączów da się nietylko hodować, ale następnie szczepiony zwierzęciu, buja w postaci guza. Szczury szczepione wymienionym mięsakiem uzyskują wyraźną odporność w stosunku do nowotworu następowo szczepionego.

Tom 34. Z. 2 i 3. — 1931.

C. Krebs i F. Busch: *Heterologiczne przeszczepianie nowotworów z ludzi na zwierzęta naświetlane Roentgenem.* Autorowie przytaczają na wstępie piśmiennictwo, dotyczące udatnych doświadczeń z przeszczepianiem nowotworów ludzkich na zwierzęta, wykonywanych już oddawna. Dodatnie wyniki są naogół nieliczne. Dla ułatwienia otrzymywania wyników dodatnich przeszczepiania nowotworu, zwierzęta gatunku jednego na zwierzę gatunku innego starano się wywoływać u tych drugich zwierząt usposobienie do powstawania nowotworu. Tak n. p. Pelczar i Aulers uczulali szczury na surowicę krwi myszy, poczem udawało się im otrzymywać wyniki dodatnie podobnego przeszczepiania. Nowotwory, otrzymywane w ten sposób nie były jednak podobne do nowotworu oryginalnego. Autorowie wykonali szereg doświadczeń, w których naświetlali Roentgenem szczury i myszy i następnie szczepili im ludzkiego mięsaka olbrzymiokomórkowego kości strzałkowej, mięsaka czerniaczkowego i raka języka. W pewnym procencie udało się im otrzymać wyniki dodatnie. Nowotwór wzrastał z przeszczepu już po dniach kilku. Tkanka nowotworowa w ten sposób wybujała ulegała jednak już po kilku tygodniach wessaniu stopniowemu.

N. Petrow i N. Krotkim: *Obecny stan naszych wyników eksperymentalnego wywoływania nowotworów zapomocą szczepienia płodów.* Autorowie szczepili w dalszych badaniach eksperymentalnych szczurom miazgi płodów szczurzych w rozczynach 1 na 100.000, wprowadzanych śródotrzewnowo. Szczurom tak szczepionym podawano w mleku miesiącami *liquor arsenicosum* w ilości 1 do 2 kropel na 5 szczurów tej samej klatki. Na 15 szczurów otrzymali u 2, po 9 i 20½ miesiącach, mięsaki jamy brzusznej. U innych 20 szczurów, w ten sposób traktowanych, otrzymali oni 3 razy nowotwory złośliwe; 2 razy mięsaka, raz raka płaskokomórkowego rogowaciejącego, którego mogli przeszczepiać. Na podstawie tych i licznych dawniej wykonanych doświadczeń, w których jako rozczynnika szczepionych płodów użyli indolu, kwasu mlekowego, smoły, koloidalnego żelaza, oraz innych doświadczeń, autorowie dochodzą do wniosku, że u szczurów arsenowych występują najczęściej nowotwory, przyczem ten fakt łączą w genetyczny związek z szczepioną tkanką płodów i zatruciem arsenowem (na 78 szczurów u 7 nowotwory złośliwe). W tych przypadkach, w których nowotwór powstał w niedługi czas po szczepieniu i w miejscu szczepienia, należy przyjąć zezłośliwienie komórek nowotworowe szczepionego płodu. Przypadek raka rogowaciejącego po szczepieniu płodu jest przypadkiem czwartym w piśmiennictwie.

H. Auler: *Alergiczne zjawiska w przypadku przerzutów skórnych uogólnionego mięsaka chłonnego.* Autorowi udało się wywołać zmiany w skórze po jej podrażnieniu w miejscu przerzutów skórnych mięsaka chłonnego u mężczyzny 23-letniego. Po przesunięciu końcem szpilki pojawiało się w skórze pasmo blade, wyniosłe, wałowate *(dermographismus albus).* Naokoło przerzutu pojawiał się w 2 minuty później obrąbek czerwony. Całość wyglądała na pokrzywkę. Zmiana opisana utrzymywała się do 20 minut, a mogła być podtrzymywana dalszem drażnieniem. W miejscach skóry zdrowej zmiany te nie pojawiały się. Zapomocą tego odczynu można było wykazać najmniejsze przerzuty w skórze. Zmiany opisane są podobne do zmian, które autor otrzymywał po śródskórnem szczepieniu tkanki nowotworowej. Autor przypuszcza, że po owem drażnieniu zostaje w tkance nowotworowej uwolnione ciało, które powoduje odczyn opisany.

S. Peller: *Śmiertelność z raka u żydów.* Autor podnosi trudności w uzyskaniu dat statystycznych odnośnie do tematu swej pracy. Posługuje się też liczbami, uzyskanemi z materjału m. Wiednia i ze statystyk większych innych autorów lub ze statystyk oficjalnych. W pracy porusza trzy punkty: Częstość raka, jego umiejscowienie i budowę histologiczną. Autor uważa, na podstawie materjałów przez siebie uwzględnionych, za niedostatecznie uzasadnione zapatrywanie, że żydzi w różnych krajach, odnośnie do raka, bardziej różnią się między sobą, niż nieżydzi. Żydzi, żyjący w różnych geograficznych, kulturalnych, ekonomiczno-gospodarczych stosunkach okazują pewne odbiegnięcia w stosunku do ludności nieżydowskiej, dotyczące niemal wyłącznie umiejscowienia raka. Te odbiegnięcia dotyczą przedewszystkiem raka narządów rodnych, przewodu pokarmowego, gruczołu piersiowego i narządu uropoetycznego. Dla wszystkich żydów charakterystyczny jest brak raka prącia, znacznie rzadsze pojawianie się raka macicy, większa częstość raka jajnika, rzadsze zajmowanie przełyku i żołądka, częstsze jelit. Co do struktury, to stosunkowo częściej zachodzi nowotwór mięsakowy u żydów, niż u nieżydów.

A. Bentel i A. Woldrich. *Kliniczne i rentgenologiczne spostrzeżenia, dotyczące raka oskrzelowego w Joachimstalu.* Znane jest od czasu dłuższego, że znaczny procent robotników, zajętych w joachimstalskich kopalniach uranu, umiera z powodu choroby płucnej, powoli się rozwijającej. Uważano ją do niedawna za gruźlicę. Dopiero J. Löwy zwrócił uwagę, że chodzi tu o analogiczny proces do choroby górników w górach śnieżkowych, mianowicie o raka płuc. Oczywiście stwierdzenie tego miało poważne znaczenie dla higjeny zawodowej i socjalnych stosunków. Bliższe badania kliniczne i spostrzeżenia sekcyjne, przy braku dłuższej obserwacji klinicznej nie wystarczały do skreślenia dokładnego obrazu klinicznego i bliższego poznania przebiegu choroby. Autor w pracy swej podaje dokładny obraz przebiegu choroby u robotnika 45-letniego, którego ojciec i brat zmarli w sile wieku na chorobę płucną górniczą. Obserwacja obejmuje czas niespełna $1^1/_2$ roku. U chorego rozpoznawano w początkach choroby wtórną niedokrewność. Roentgenem początkowo nie można było stwierdzić zmian w płucach. Stale utrzymywał się kaszel z plwociną śluzoworopną, później także z krwią zmieszaną. Dopiero po kilkunastu miesiącach stwierdzono w rentgenogramach zagęszczone ognisko w dolnym płacie płuca prawego i całkowite zwężenia pnia oskrzela I rzędu, obraz, przemawiający za nowotworem płuca. Autor uważa, że sprawa rozpoczęła się w drobnej gałązce oskrzela prawego w płacie dolnym i postępowała ku pniu wielkiemu. W odpowiednim miejscu płata dolnego powstało zapalenie płuca.

F. P. Tinozzi: *O wpływie przeszczepiania śledziony na zachowanie się nowotworów zwierzęcych.* Autor przekonał się we wstępnych badaniach, że przeszczepianie śledziony szczura do jamy brzusznej szczura drugiego działa podniecająco na R-E, (układ siateczkowo-śródbłonkowy), wstrzyknięcie miąższu śledziony działa już znacznie słabiej. Autor wykonał doświadczenia na szczurach z różnemi nowotworami: u szczurów tych wywoływał hipersplenję przez wprowadzenie śledziony szczurzej do jamy brzusznej. Otóż taka hipersplenja, spowodowana zaszczepieniem śledziony zwierzęcia prawidłowego, wywołuje w niewielkich guzach zmiany wsteczne, stopniowe zmniejszanie się ich, rozmiękanie i zabliźnianie. Jest to następstwem podrażnienia R-E przez zaszczepioną śledzionę i ciała obronne śledziony szczepionej w stosunku do komórek nowotworowych. Jeżeli nowotwór był bardzo wielki, to hipersplenja nie powoduje cofania się nowotworu — przeciwnie nowotwór zdaje się nawet wzrastać, gdyż procesy obronne w R-E zostały niejako już wyczerpane. Blokada R-E powstrzymuje niszczący wpływ R-E na tkankę nowotworową.

Tom 34. Z. 4. — 1931.

M. Lipschitz: *Uwagi, dotyczące przyrostu raka płuc.* Autor omawia krytycznie w pierwszej części pracy wnioski Konrada i Frankego z Królewca, dotyczące częstości raka płuc, podnoszące stosunkowo znaczną częstość raka płuc u żydów wschodnich. Autor przeczy temu, jakoby rak płuc zachodził częściej u żydów, — jak u nieżydów. Statystycznie da się wykazać, że rak płuc (oskrzeli) wzrósł znacznie liczbowo w latach ostatnich. N. p. w Hamburgu w latach 1911 do 1923 z 0,36% przypadków wogóle sekcjonowanych na 1,06%, w latach 1924 do 1930. W londyńskim Hospital z 0,5% w r. 1907 na 2,05% w r. 1925. Autor zastanawia się nad przyczynami tego wzrostu liczbowego. Może mają tu znaczenie różne pyły w różnych okolicach i miastach, związane ze sposobem utrzymywania jezdni i t. p. Uderza częstość raka płuc u mężczyzn w porównaniu z kobietami. Lickint ustala na podstawie 25 statystyk stosunek częstości raka płuc u mężczyzn do częstości jego u kobiet, na 5:1. Autor podnosi znaczenie palenia tytoniu u kobiet. Doświadczenia na królikach zdają się przemawiać za przyczynowem znaczeniem tytoniu w powstawaniu raka płuc.

Ch. M. Bellows: *Eksperymentalne wywoływanie mięsaków u szczurów.* Autor, uważając, że etjologiczny czynnik nowotworów znajduje się w świecie zewnętrznym, użył wyciągu z jarzyn do wywoływania złośliwego bujania nowotworowego. W tym celu użył soku z pomidorów. Posługiwał się pomidorami szwajcarskiemi, włoskiemi i północnoafrykańskiemi, przyczem niezauważył różnicy w wynikach przy stosowaniu pomidorów różnego pochodzenia. Omyte dokładnie pomidory w 0,2% sublimacie krajał i następnie miażdżył w wodzie, przesącz tej miazgi szczepił szczurom dootrzewnowo a także na pożywkach. Na pożywkach otrzymywał laseczkę gramdodatnią, często z zarodnikami, podobnego do laseczki siennej *(b. subtilis).* Zwierzętom szczepił do jamy brzusznej około 4 cm przesączu. Innej grupie szczurów szczepił hodowlę laseczki wspomnianej, innej znowu podawał w karmie przesącz, wreszcie czwartej grupie podawał w karmie hodowlę laseczki. U wszystkich szczurów, w ten sposób szczepionych, względnie karmionych, otrzymał w stosunkowo znacznym procencie mnogie guzy białawe, dość twarde na otrzewnej, wykazujące utkanie mięsaka różnopostaciowokomórkowego. Guzy te pojawiały się w 60 do 90 dni po szczepieniu.

B. P. Abramsohn: *Rozlana rakowa lymphangoitis otrzewnej.* Autor opisuje przypadek klinicznie i anatomicznie dobrze zbadanego raka żołądka u kobiety 33-letniej, który drogą naczyń limfatycznych jednostajnie zajął całą otrzewnę ścienną, szczególnie jelitową, dając dość rzadką postać anatomiczną powikłania następowego ze strony całej otrzewnej; chora miała objawy chorobowe od 2 miesięcy. Wśród szeregu objawów ze strony przewodu pokarmowego, m. i. także pewnej bolesności brzucha wzdętego, można było w nim wyczuć szereg zgrubień i guzowatości, dość opornych a za uciskiem ich można było stwierdzić charakterystyczną krepitację. Ponieważ rozpoznano raka żołądka, wykonano laparotomję, po której chora wkrótce zmarła. Sekcja wykazała istnienie raka włóknistego wielkiej krzywizny żołądka, a nadto rakowatość włóknistą otrzewnej i opuchlinę jamy brzusznej. Badanie histologiczne wykazało rozległe, znaczne zgrubienie otrzewnej z nielicznemi komórkami rakowemi wśród tej tkanki i zwężenie światła jelitowego, do którego autor odnosi objaw krepitacji, wywołanej przelewaniem się treści jelitowej z gazami zmięszanej. Opisana rakowatość otrzewnej ma charakter niejako przepojenia szczelin limfatycznych komórkami rakowemi, które z pierwotnego ogniska dostały się do naczyń limfatycznych dzięki bezpośrednim połączeniom ich sieci z naczyniami limfatycznemi sieci wielkiej. Obraz anatomiczny przypomina nieco t. zw. *linitis plastica,* tylko komórki rakowe nie wykazywały dążności wnikania w głąb tkanki narządów. Autor podnosi wyjątkowość statystyczną tego rodzaju przypadków, bo w wielkiej statystyce niemieckiej, opracowanej przez Lubarscha, na 94.696 sekcyj wśród 2.738 raków żołądka i 1.967 przypadków jego z przerzutami stwierdzono tylko 3 razy przerzuty jego w drogach limfatycznych jamy brzusznej. W podobnej statystyce Wilińskiego na 84.645 sekcyj stwierdzono raka żołądka 3.253 a przypadek podobny do opisanego przez autora stwierdzono jeden raz.

Nowicki (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół XXVI. posiedzenia naukowego odbytego dnia 6. listopada 1931 r.

Przewodniczący: Kol. Ruff.

1. Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.

2. Kol. K. Czyżewski przedstawia *przypadek samoistnego wyleczenia wgłobienia końcowego odcinka jelita cienkiego.* Chłopak 19-letni zachorował wśród objawów niezupełnej niedrożności jelit. Od 8-go dnia choroby leczony na oddziale chirurgicznym zacho-

wawczo tylko wysokiemi lewatywami wobec małego nasilenia objawów i stałej poprawy. W 15 dniu po zachorowaniu odszedł ze stolcem zgorzelinowy kawałek jelita długości ponad pół metra. Przedstawiony preparat odpowiada odcinkowi końcowemu jelita cienkiego z obficie rozsianemi kępkami Peyera. Równocześnie ustąpiły wszystkie objawy chorobowe.

3. Kol. Tadeusz Falkiewicz przedstawia a) *przypadek izolowanego uszkodzenia nerwu nadłopatkowego prawego z następowym zanikiem nerwu nad- i podgrzebieniowego łopatki, prawej, po urazie;*

b) *przypadek narkolepsji* u osobnika 22-letniego z objawem Argyll-Robertsona. Na podstawie anamnezy i czasu wystąpienia objawów narkoleptycznych (przed rozpoczęciem życia płciowego) przyjmuje F. narkolepsję objawową u osobnika z kiłą dziedziczną.

W dyskusji przemawiał kol. Goldschlag.

4. Kol. J. Rothfeld wygłosił wykład o *orgazmolepsji i pobudzeniach seksualnych w stanach narkoleptycznych.*

Prelegent omawia następujące przypadki z własnej obserwacji. 1. Mężczyzna 39-letni, który od 9 lat cierpi na napady utraty napięcia mięśniowego przy śmiechu i przy orgazmie; napadów senności nigdy nie miał. Prelegent nazwał te stany orgazmolepsją względnie gelolepsją *(Zeitschr. f. d. ges. Neur. tom 115).* Przypadek 2. Mężczyzna 36-letni, u którego z chwilą rozpoczynającego się wytrysku nasienia występuje utrata napięcia mięśniowego w mięśniach utrzymujących głowę tak, że głowa nagle opada; wyjątkowo występuje wtedy osłabienie mięśni kończyn górnych. Przy innych sposobnościach napadów takich nie było; brak napadów snu. Przypadek 3. Mężczyzna 35-letni cierpi od 4 lat na napady snu; przy zwalczaniu senności występuje erekcja. Brak napadów utraty napięcia mięśniowego; raz tylko zdarzyło się, że w czasie silnego podrażnienia płciowego, przyczem nie doszło do *coitus,* stracił na chwilę władzę w członkach, nie tracąc przytomności. Przypadek 4. Mężczyzna 64-letni cierpi od 24-go roku życia na napady snu; u tego chorego również występuje erekcja, kiedy się stara senność zwalczyć. Jako 13-letni chłopak stracił raz na krótką chwilę przytomność w czasie śmiechu, nigdy nie miał utraty napięcia mięśniowego.

Dla wytłumaczenia patofizjologji orgazmolepsji R. przypomina, że już w warunkach prawidłowych istnieje przemijające obniżenie napięcia mięśniowego *post coitum,* co przychodzi do skutku prawdopodobnie w ten sposób, że bodźce, w czasie orgazmu powstałe, dochodzą do wzgórka wzrokowego, a stąd do ośrodków regulujących napięcie mięśniowe, wywierając na nie wpływ hamujący. Przy nieprawidłowej czynności wzgórka wzrokowego, polegającej na tem, że przy zadziałaniu bodźców czuciowych i afektywnych wzgórek wzrokowy przypuszcza zbyt wielką ilość bodźców hamujących ku ośrodkom regulującym napięcie mięśniowe, nastąpi zupełna utrata tego napięcia.

W warunkach prawidłowych przechodzą bodźce powstałe w czasie orgazmu także na ośrodki wegetatywne, czego wynikiem jest rozszerzenie źrenic, przyśpieszenie i wzmożenie czynności serca, podwyższenie parcia krwi, zaczerwienienie skóry oraz wzmożone pocenie się. Oprócz tego przechodzą te bodźce także na ośrodki regulujące sen, co nierzadko powoduje senność, a nawet krótkotrwałe zasypianie przypominające sen narkoleptyczny; (w narkolepsji może sen wystąpić już w czasie *coitus).* Istnieje zatem w warunkach normalnych pewien ściślejszy związek między czynnością seksualną z jednej, a napięciem mięśniowem i ośrodkami snu z drugiej strony.

W trzecim i czwartym przypadku występują pobudzenia seksualne w związku z napadami snu, a mianowicie przy zwalczaniu senności występują erekcje. Ma się wrażenie, że walka między snem a jawą jest źródłem bodźca, który w warunkach chorobowych przenosi się z podkorowego ośrodka płciowego do ośrodków sen regulujących. Lhermitte i Dupont opisali jako *„cataplexie du réveil"*, a Rosenthal jako *„Wachanfälle"* stany, polegające na utracie napięcia mięśniowego w chwili przebudzenia się; przy zwalczaniu senności narkoleptycznej spostrzegano w niektórych przypadkach utratę napięcia mięśniowego, w innych drżenie na całem ciele. Te spostrzeżenia świadczą o tem, że w czasie przejścia snu w jawę nietylko ośrodek snu, ale i inne ośrodki podkorowe współdziałają, co upoważnia do przyjęcia, że w pewnych warunkach może się bodziec przenieść z ośrodków regulujących sen na ośrodek płciowy i spowodować wystąpienie erekcji. Tu przypomnieć należy, że w warunkach prawidłowych występuje w chwili przebudzenia się erekcja, — objaw, który autorowie odnoszą bez dostatecznego uzasadnienia do wypełnienia pęcherza moczowego; mamy tu prawdopodobnie do czynienia z wynikiem procesu ośrodkowego.

Nietylko na ośrodek snu i ośrodki regulujące napięcie mięśniowe, ale i na mechanizmy podkorowe mogą pobudzenia seksualne wywierać wpływ a mianowicie na śmiech. I tak prelegent zauważył, że w niektórych przypadkach rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia występuje śmiech przymusowy *intra coitum,* a Raulin podaje, że u niektórych ludzi zdrowych występuje śmiech w czasie podrażnień seksualnych. Za pewnym związkiem między temi dwoma stanami fizjologicznemi przemawia także spostrzeżenie, że niektóre substancje, jak haszysz działają równocześnie jako *exhilarans* i jako *aphrodisiacum* (Raulin). Także bodźce wnętrzne mogą równocześnie pobudzić oba mechanizmy ośrodkowe; Wilder opisał przypadek, w którym śmiech i erekcja występowały równocześnie jako równoważnik napadu padaczkowego. Nie jest zatem tylko przypadkiem, że u pierwszego chorego, o którym prelegent na wstępie wspomina, występowała utrata napięcia mięśniowego właśnie przy śmiechu i przy orgazmie.

Należy jeszcze zwrócić uwagę, że śmiech i sen mogą na siebie wzajemnie oddziaływać; Hall i Allin stwierdzili, że u niektórych ludzi zdrowych występuje po śmiechu senność, a Goldflamm spostrzegał śmiech po przebudzeniu ze snu patologicznego. Widzimy zatem, że pobudzenia seksualne, sen i śmiech mogą na siebie wzajemnie oddziaływać a mianowicie, seksualne pobudzenia mogą wywołać sen i śmiech, śmiech zaś może wywołać sen; zwalczanie senności wywołuje erekcje. Wspólną cechą wszystkich tych trzech stanów jest wpływ hamujący na napięcie mięśniowe. W normalnych warunkach są te objawy tylko zaznaczone, albo zdarzają się tylko u pewnych osobników. Granica pomiędzy normą a stanami chorobowemi jest zresztą w tej dziedzinie bardzo nieścisła. Jest prawdopodobne, że w warunkach normalnych istnieją czynniki hamujące, które uniemożliwiają przejście bodźców z jednego ośrodka podkorowego na drugi; staje się to możliwe w patologicznych warunkach, kiedy bodźce hamujące odpadają i wtedy występują objawy chorobowe wyraźnie.

Omawiając kliniczną stronę narkolepsji R. zaznacza, że określenie narkolepsji jako cierpienia cechującego się utratą napięcia mięśniowego i napadami snu jest za ciasne, ponieważ nierzadko stwierdza się też objawy hiperkinetyczne zarówno w czasie napadów utraty napięcia mięśniowego jak i przy napadach snu; także objawy czuciowego podrażnienia są nierzadkie. Jeżeli dodamy do tego objawy ze strony systemu wegetatywnego, które prawie we wszystkich przypadkach narkolepsji się zdarzają, to mamy przed sobą obraz kliniczny napadów podkorowych opisywanych niejednokrotnie w ostatnich latach pod nazwą padaczki pozapiramidowej (Sterling), stiarnej (Wimmer) lub subkortykalnej (Spiller). Jest zatem uzasadnione, aby także narkolepsję, orgazmolepsję i gelolepsję zaliczyć do grupy napadów podkorowych.

Co się tyczy stosunku omawianych schorzeń do padaczki to prelegent stoi na stanowisku, że narkolepsję, orgazmolepsję i gelolepsję należy oddzielić od epilepsji, chociaż istnieją przejścia od tych stanów do padaczki i chociaż pojedyńcze objawy tych napadów mogą się zdarzyć w napadach padaczkowych.

5. Kol. W. Moraczewski wygłosił sprawozdanie z II. Kongresu Patologji porównawczej odbytego w Paryżu 14—18. X. 1931.

A Falkiewicz.

HIGJENA I WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. H. 3975/31.

Warszawa, dnia 13 listopada 1931 r.

Okólnik Nr. 196.

W sprawie odkażania tłuszczów i olejów.

Do

Panów Wojewodów (wszystkich prócz Śląskiego), Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy, Panów Dyrektorów Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku.

Doszło do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, że istnieją wytwórnie tłuszczów i olejów, które sprowadzają z zagranicy oleje i tłuszcze skażone, opłacając stawkę celną, należną za produkty do celów technicznych, następnie zaś poddają te tłuszcze (oleje) odkażeniu przez odpowiedni proces rafinacji i wprowadzają do obiegu, jako tłuszcze i oleje jadalne.

Zwracając uwagę na niedopuszczalność podobnego procederu, by do celów jadalnych stosowane były tłuszcze (oleje) skażone, a więc podwójnie niebezpieczne dla zdrowia, gdyż wyprodukowane z surowców, nieodpowiadających przepisanym normom (§ 4 rozp. Min. Spraw Wewn. z dn. 21. VII. 1930 r. Dz. U. R. P. Nr. 53 poz. 453), zawierające ponadto szkodliwe domieszki, jako pozostałości ze skażenia, a wprowadzane poza tem w granice Państwa z ominięciem przepisów rozdziału 4 powołanego rozporządzenia, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych poleca skierować uwagę na wytwórnie tłuszczów i olejów, w szczególności na:

a) tłuszcze (oleje) i surowce, przerabiane na tłuszcze (oleje) — czy są skażone?

b) produkty ostateczne i ich opakowanie — czy są przeznaczone do celów jadalnych i jak są deklarowane?

W przypadkach stwierdzenia faktu przerabiania tłuszczów (olejów) skażonych na cele jadalne względnie uzasadnionego podejrzenia co do tego, należy, poza nadaniem sprawie zwykłego biegu w toku urzędowym, donieść o tem każdorazowo Ministerstwu Spraw Wewnętrznych.

Za Dyr. Depart. Służby Zdrowia: *Adamski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Komunikat: Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia o przyznaniu następujących nagród i zapomóg konkursowych:

a) z funduszu im. małżonków Gieller — Drowi med. Annie Siedleckiej, zarządzającej pracownią Anatomo-patologiczną w szpitalu św. Ducha za dotychczasową pracę naukową oraz za pracę przy urządzaniu i rozbudowie tej placówki naukowej, dającej możność kształcenia się młodzieży lekarskiej,

b) z funduszu im. Grzegorza Piramowicza — Drowi Janowi Bogdanowiczowi, za pracę p. t. „Zarys rozwoju fizycznego dziecka", biorąc jednocześnie pod uwagę całą działalność higjeniczno-lekarską nagrodzonego,

c) z funduszu im. Feliksa Sommera: 1. Dr. Wiktorowi Dedze — za pracę „Badania nad etjologją wrodzonego zwichnięcia biodra". 2. Doc. Drowi Włodzimierzowi Mozołowskiemu, za całokształt prac naukowych z zakresu chemji fizjologicznej, oraz na dalsze prowadzenie rozpoczętej pracy nad przemianą materji w mięśniach, zatrutych kwasem jodooctowym. 3. Drowi Wojciechowi Węsławowi — za pracę „Badanie nad nabłonkiem płucnym".

Wysokie odznaczenie Szefa Dep. Zdrowia M. S. Wojsk. Dowiadujemy się, że gen. dr. Rouppert Stanisław, szef Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk., został odznaczony przez królowę Holandji orderem „Oranje-Nassau" z mieczami II klasy. Odznaczenie to, jedno z najwyższych odznaczeń państwowych Holandji, zostało nadane gen. Rouppertowi w związku z odbytym w r. b. VI-tym Międzynarodowym Kongresem Medycyny i Farmacji Wojskowej w Hadze, w pracach którego delegacja polska na czele z gen. Rouppertem przyjęła wybitny udział i była szczególnie wyróżnianą przez holenderskie władze wojskowe. Gen. Rouppert jedyny z delagatów państw obcych piastował godność honorowego przewodniczącego Kongresu.

Odznaczenie. Dr. Ludwik Zembrzuski, profesor historji i filozofji medycyny Uniw. Warszawskiego, został wybrany członkiem honorowym Rumuńskiego Królewskiego Towarzystwa historji medycyny.

Święto Centrum Wyszkolenia Sanitarnego. W dniu 21 i 22 listopada 1931 obchodziło Centrum Wyszkolenia Sanitarnego swoje doroczne święto żołnierskie. Uroczystości rozpoczęło złożenie wieńca na grobie Nieznanego Żołnierza przez Komendanta C. W. San., generała D-ra Kołłątaj-Srzednickiego w obecności delegacji oficerów C. W. San. i kompanji honorowej S. P. S. Po pobraniu znicza kompanja z orkiestrą, z zapalonemi pochodniami udała się przez miasto na teren C. W. San., gdzie przed wartownią oczekiwały ją 2 bataljony Szkoły Podchorążych Sanitarnych i oficerowie C. W. San. Po złożeniu raportu Komendantowi C. W. San. oddziały odmaszerowały na plac przed prastarym Zamkiem Ujazdowskim Książąt Mazowieckich, w murach którego mieści się Szkoła Podchorążych Sanitarnych. Tu bataljony ustawione frontem do Zamku oczekiwały na ukończenie uroczystości, odbywających się wewnątrz. Na uroczystości te złożyło się zapalenie znicza przed pamiątkowemi tablicami poległych za ojczyznę członków służby zdrowia, następnie odczytanie rozkazu dziennego i apel poległych. Odśpiewanie modlitwy wieczornej i odegranie przez trębacza capstrzyku zakończyły podniosłe i pełne skupienia uroczystości tego dnia. Dnia następnego o godz. 9,50 na boisku C. W. San. przyjął raport od Komendanta w zastępstwie Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Generał Sławoj-Składkowski, poczem Ksiądz Kapelan odprawił na boisku Mszę polową dla uczniów wyznania rzymsko-katolickiego. Po Mszy Św. odbyła się przysięga nowego rocznika Bataljonu zawodowego i Bataljonu rezerwy, przypięcie odznak podchorążym 10-tej promocji i rozdanie szczęśliwym zwycięzcom nagród sportowych. Defiladę sprawnie maszerujących naszych przyszłych oficerów-lekarzy i oficerów służby zdrowia przyjął gen. Składkowski. Następnie licznie zaproszeni goście zwiedzili nowowybudowaną strzelnicę szkolną, gdzie odbyło się próbne strzelanie z broni małokalibrowej. Po zwiedzeniu muzeum historycznego wojskowej służby zdrowia, muzeum anatomicznego i nowego kasyna podchorążych udano się na uroczystą akademję. Akademja odbyła się w sali reprezentacyjnej w Zamku Ujazdowskim. Po odśpiewaniu kilku pieśni przez chór podchorążych, generał Kołłątaj-Srzednicki odczytał sprawozdanie z działalności Centrum za rok ubiegły, poczem nastąpiło wręczenie szabli prymusowi Szkoły Podchorążych Sanitarnych. Szablę honorową wręczył w imieniu Pana Prezydenta Rzeczypospolitej gen. Składkowski. Otrzymał ją prymus ppor. Cioch Roman. Następnie Dyrektor Nauk C. W. San. ppłk. Dr. Garbowski Jan wręczył dyplomy oficerskie dwunastu absolwentom S. P. S. Uroczystą akademję zakończył odczyt Komendanta Szkoły, pułkownika Dr. Osmólskiego p. t. „Medycyna a zagadnienia wychowania fizycznego". W krótkiem słowie podał prelegent dzieje myśli wychowania fizycznego, począwszy od Arystotelesa, poprzez Locka, Jędrzeja Śniadeckiego, aż do czasów najnowszych, śledząc rozwój paralelizmu psycho-fizycznego dla celów rozwoju ciała i ducha. Na tem zakończono część oficjalną Święta. Udział w uroczystościach wzięli gen. Sławoj-Składkowski, gen. Zamorski, Dowódca Okręgu Korpusu, gen. Jarnuszkiewicz, gen. Wróblewski, gen. Dr. Gurbski, gen. Dr. Horodyński, Rektor Uniwersytetu Warszawskiego, prof. Łukaszewicz, profesorowie: Wydz. Lek. U. W. Paszkiewicz, Michałowicz, Gluziński, Mazurkiewicz, Czubalski, Konopacki, Lindeman, oraz licznie zaproszeni oficerowie i cywilni goście. O godz. 12-ej odbył się obiad żołnierski dla kompanji administracyjnej. W obiedzie tym wzięli udział: Kwatermistrz, dowódca kompanji administr., oraz delegacja oficerów i podchorążych C. W. San. Wspólny obiad żołnierski podchorążych odbył się w jadalniach Szkoły. Do obiadu obok uczniów zasiedli Szef Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk. gen. Dr. St. Rouppert, wszyscy oficerowie C. W. San., zaproszeni goście oraz delegacje urzędników, sióstr, i kompanji administracyjnej. Uroczystości zakończył dancing wychowanków S. P. S. *a. c.*

Doroczny zjazd Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia. W dniach 25 i 26 stycznia 1932 r. odbędzie się doroczny zjazd Naczelników Wydziałów Zdrowia, poświęcony głównie sprawom szpitalnictwa. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wezwało Panów Wojewodów (Pana Komisarza Rządu) do wydania polecenia, ażeby Naczelnicy Wydziałów Zdrowia przygotowali na zjazd sprawozdania o stanie szpitalnictwa na terenie Województwa. Sprawozdanie winno być przesłane do Departamentu V. Służby Zdrowia w nieprzekraczalnym terminie do dnia 15 stycznia 1932 r. W sprawozdaniu winien być zobrazowany całokształt szpitalnictwa na terenie Województwa ze szczególnem uwzględnieniem: budżetów poszczególnych szpitali w dochodach i wydatkach, wysokości ściągniętych opłat za leczenie, wysokości dopłat, taks szpitalnych i innych poborów za dodatkowe czynności i zabiegi, wysokości kosztu własnego utrzymania chorych, wysokości wynagrodzenia personelu lekarskiego i pomocniczego, podziału na klasy z podaniem liczby łóżek, przeciętnego obłożenia szpitala, przeciętnego czasu pobytu chorego w szpitalu, organizacji szpitala, stanu lecznictwa i braków w tym dziale, czy szpital odpowiada potrzebom ludności, w jaki sposób odbija się na szpitalnictwie obecny kryzys ekonomiczny, w jakim stopniu wprowadzono w życie zasady rozporządzeń o zakładach leczniczych z dn. 22 marca 1928 r. i 14 lutego 1931 r. (z wyjątkiem woj. małopolskich i Śląska). Jednocześnie należy postawić wnioski, dążące do utrzymania szpitalnictwa na należytym poziomie. Oddzielnie winny być traktowane szpitale fundacyjne ze zwróceniem szczególnej uwagi na sposób administrowania i celowe użycie ich dochodów. Wymienione dane winny dotyczyć czasokresu od dn. 1. IV. — 31. XII. 1931 r.

Otrzymaliśmy z firmy „T-wo Przem. Chem-Farmaceutyczne D. Magister Klawe S. A. w Warszawie" następujące zawiadomienie z prośbą o wydrukowanie:

Pozwalamy sobie podać do łaskawej publicznej wiadomości, że pogłoski o jakichkolwiek bądź zmianach w pracy i działalności naszej firmy są bezpodstawne i niezgodne z prawdą. Firma nasza nie zmniejszyła produkcji, lecz przeciwnie, zamierza wkrótce wytwórczość swą powiększyć. Upraszamy więc PP. Lekarzy o łaskawe zaszczycanie nas nadal swą życzliwością i oświadczamy, że wszelkie zlecenia Ich wykonywane będą z całą szybkością i dokładnością. T-wo Przem. Chem.-Farm. d. Magister Klawe S. A. Warszawa, Karolkowa 22/24.

Państwowa Szkoła Higjeny organizuje od 3 lutego 1932 r. 3-y tyg. kurs orzecznictwa lekarskiego pod kierownictwem prof. D-ra Grzywo-Dąbrowskiego. Głównym przedmiotem wykładów jest postępowanie przy wydawaniu orzeczeń lekarskich dla celów ubezpieczeń społecznych (Kas Chorych, Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, Zakładów Ubezpieczenia od Wypadków i t. p.). Wykłady odbywać się będą w Państwowej Szkole Higjeny codziennie za wyjątkiem sobót i świąt, od godz. 19—21. Opłata za kurs wynosi 10 zł. Zapisy na kurs przyjmuje oraz informacyj udziela Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Chocimska 24, do dnia 25. I. 1932 r.

Z Państwowej Szkoły Higjeny. W tych dniach zakończony został w Państwowej Szkole Higjeny VI-ty kurs. p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie". W programie kursu uwzględnione były: rola i znaczenie napojów alkoholowych w gospodarstwie narodowem, wpływ alkoholu na organizm ludzki, na poziom moralny i etyczny jednostki, na stosunki społeczne i zdrowotność publiczną — oraz systemy walki z alkoholizmem. W kursie brało udział ogółem 183 słuchaczy w tem: nauczycieli 96, z organizacyj społecznych 49; z Abstynenckiej Ligi Kolejowców 17, stud. teologji prawosł. 10, lekarzy 5, pielęgniarek 3, innych 3. Mężczyzn uczestniczyło 139, kobiet 44. Po sprawozdaniu z przebiegu kursu kierownika, Red. J. Szymańskiego, przemawiali: w imieniu Departamentu Służby Zdrowia Min. Spraw Wewn. — Dr. M. Kacprzak, w imieniu Abstynenckiej Ligi Kolejowców — p. Gołębiowski, w imieniu T-wa „Trzeźwość" — sen. Iżycki i sen. Nacznicki, w imieniu słuchaczów starosta kursu, p. A. Kopeć, w końcu dłuższem przemówieniem zamknął kurs Dyrektor Państwowej Szkoły Higjeny, Dr. W. Chodźko.

Instytut radowy im. Marji Skłodowskiej-Curie. W początkach stycznia rozpoczyna pracę Dział Medyczny Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie w Warszawie przy ul. Wawelskiej 15, w kompleksie gmachów, specjalnie na ten cel budowanych i urządzonych według planów, opracowanych w porozumieniu z Instytutem Radowym w Paryżu, który również posłużył za wzór przy organizacji i wyborze metod pracy. Zadaniem Instytutu są badania naukowe nad działaniem promieni radu i innych źródeł energji promienistej oraz zużytkowanie ich właściwości leczniczych w sposób, oparty na podstawach naukowych. W zasadzie Instytut jest przeznaczony dla wszelkiego rodzaju chorych, nadających się do leczenia energją promienistą, jednak specjalnie dla chorych na nowotwory złośliwe. Dyrektorem Działu Medycznego jest dr. Franciszek Łukaszczyk, który odbył kilkoletnie specjalne studja w Instytucie Radowym w Paryżu, następnie zaś w analogicznych zakładach Niemiec i Szwecji. Dział Medyczny Instytutu obejmuje: pracownie naukowe lekarskie, Szpital oraz Przychodnię. Szpital, obliczony na 62 łóżka I, II i III klasy, ma następujące działy: 1) leczenia radem z 1-ym gramem radu, 2) leczenia promieniami Roentgena z 5-ma miejscami do głębokiej terapji i 1-ym aparatem djagnostycznym, oraz 3) dział chirurgiczny z instalacjami do elektroendotermji. Chorzy mogą być przyjmowani do leczenia w Instytucie jedynie po zbadaniu i zakwalifikowaniu ich w Przychodni, która będzie czynna w godzinach rannych codziennie, z wyjątkiem niedziel, świąt i sobót. Przed skierowaniem chorego, zwłaszcza z prowincji, pożądane jest porozumienie się z Instytutem i podanie głównych danych klinicznych, specjalnie jeżeli chodzi o przypadki nowotworów złośliwych.

Z Uniwersytetu Warszawskiego. Na rok akademicki 1931—32, jako Władze Uniwersyteckie wybrani zostali następujący profesorowie: Rektor — prof. Łukaszewicz, prorektor prof. M. Michałowicz, Delegatem do senatu — prof. Fr. Czubalski, Dziekanem wydziału lekarskiego — prof. L. Paszkiewicz. Na wydziale lekarskim zostało zredukowanych 27 etatów asystenckich, w związku z ogólną polityką oszczędnościową. Jako zasadę przyjęto redukowanie najstarszych asystentów, t. j. kończących swój stage, oraz najmłodszych, t. j. ostatnio mianowanych. — Doc. Dr. med. Brencuski na swym oddziale w szpitalu św. Ducha, w bieżącym roku akademickim, będzie prowadził wykłady i ćwiczenia dla V-go roku studjum lekarskiego. — Nowi docenci: w ubiegłym roku akademickim zostało habilitowanych na wydziale lekarskim 11 docentów, mianowicie: Dr. Seweryn Cytronberg z chorób wewnętrznych, Dr. Franciszek Lobel z patologji ogólnej i doświadczalnej, Dr. Zdzisław Serecki z chorób wewnętrznych, Dr. Józef Grzybowski z anatomji prawidłowej człowieka, Dr. Marjan Grzybowski z chorób skórnych i wenerycznych, Dr. Stanisław Kapuściński z chorób skórnych i wenerycznych, Dr. Witold Łuniewski z psychjatrji, Doc. Dr. Stefan Pieńkowski rozszerzenie habilitacji z psychjatrji, Dr. Piotr Słonimski z histologji i embjologji, Dr. Adam Straszyński z chorób skórnych i wenerycznych, Dr. Ryszard Truszkowski z chemji fizjologicznej, Dr. Jan Zaorski z chirurgji. — Docenci: Dr. med. W. Filiński i Dr. med. Z. Serecki z wyniku zdanego konkursu objęli oddziały w szpitalu zakaźnym im św. Stanisława w Warszawie, Doc. Dr. med. J. Zaorski został naczelnym lekarzem Szpitala Sióstr Elżbietanek w Warszawie, ul. Rejtana.

Lwów.

VIII. Zjazd Dermatologów Polskich odbędzie się we Lwowie z końcem czerwca 1932 roku. Jako temat główny, jednak bez specjalnie wyznaczonych referentów, wybrano: „Badania czynnościowe skóry". Każdy z Kolegów mający oryginalne przyczynki do tego tematu, będzie mógł je zgłosić na Zjazd. Niezależnie od tego dopuszczone są także tematy wolne. Bliższe szczegóły będą podane w późniejszym terminie.

Poznań.

Sprawozdanie ze zjazdu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek zawodowych. W dniach 14, 15, 16 listopada u. r. odbył się VI Walny Zjazd P. S. P. Z. w Poznaniu w sali Ubezpieczalni krajowej. Uczestniczek zjazdu 60. Obrady rozpoczęły się po uroczystem nabożeństwie zebraniem członków zwyczajnych. Na porządku dziennym sprawozdanie Zarządu z prac roku ubiegłego oraz zmiany statutowe. Otwarcia zjazdu w obecności przedstawicieli władz samorządowych, Cz. Krzyża i licznie zebranych gości, dokonała prezeska P. S. P. Z. p. J. Romanowska prosząc na przewodniczącego obrad Prof. Dr. P. Gantkowskiego. Wygłoszone zostały następujące referaty: Dr. Prof. Jonscher „Opieka nad Dzieckiem od 0—14 lat życia". Dr. Szulz „Urządzenia sanitarne w Poznaniu". P. Chełmińska, Piel. dypl. „Organizacja pracy profilaktycznej w Kasach chorych". Dnia 15-go dalszy ciąg obrad. Referaty wygłosili: Dr. Zeyland „Szczepienia przeciwgruźlicze sposobem Calmetta" i p. Mokrzańska piel. dypl. „Organizacja i Technika szczepień przeciwgr. zapomocą B. C. G w Poznaniu, ze szczególnem uwzględnieniem roli pielęgniarki". Referaty wywołały duże zainteresowanie i szereg zapytań, na które Dr. Zeyland dał wyczerpujące odpowiedzi. Następnie wywiązała się ożywiona dyskusja nad referatem p. Chełmińskiej wygłoszonym dnia poprzedniego. Z treści referatu wynikało że ośrodki zdrowia względnie tak zwane punkty sanitarne organizowane są przez Okr. Związek Kas Chorych prawie zupełnie bez współudziału czynników samorządowych i społecznych i obejmują opieką lekarską jedynie ubezpieczonych, z pomocy zaś pielęgniarskiej korzystać mogą wszyscy mieszkańcy danego terenu. Pielęgniarki szkolone przez Kasę Chorych na kilkomiesięcznym kursie obowiązane są poza pracą profilaktyczną do niesienia pierwszej pomocy w każdym wypadku zachorowania. W dyskusji poruszano następujące punkty: 1) Niemożność sprawnego funkcjonowania Ośrodków zdrowia wskutek braku opieki lekarskiej nad ludnością nieubezpieczoną w K. Ch. 2) Niedostateczne przygotowanie personelu pielęgniarskiego do tak odpowiedzialnej pracy. 3) Możność partactwa lekarskiego. Na tem obrady zamknięto. W godzinach popołudniowych uczestniczki zjazdu miały możność zwiedzenia szeregu instytucyj społecznych i szpitali na terenie miasta. Zjazd zakończono zebraniem członków zwyczajnych na którem przedyskutowano program pracy na rok 1932 oraz zmiany regulaminu statutowego P. S. P. Z. Po przyjęciu szeregu rezolucyj naznaczono termin następnego zjazdu na jesień 1932 r. we Lwowie. Trzeci dzień zjazdu poświęcono zwiedzaniu instytucyj.

Z kraju.

Placówka walki z alkoholizmem. W Gościejewie p. Rogoźno (stacja kolejowa i poczta Rogoźno) w Województwie Poznańskiem znajduje się specjalny Zakład leczniczy dla alkoholików pod nazwą „Wojewódzkie Schronisko dla Alkoholików". Zakład przyjmuje pacjentów z całej Polski, tak prywatnych, jak i członków instytucyj rządowych, samorządowych i społecznych. Przyjęcie następuje każdego czasu, przy równoczesnem doręczeniu Zakładowi świadectwa lekarskiego oraz zobowiązania ponoszenia kosztów utrzymania i leczenia, które wynoszą na dobę i za osobę 6 zł, płatne miesięcznie zgóry. Czas kuracyjny trwa zasadniczo 4—6 miesięcy. W Zakładzie przeprowadzono w czasie ostatnim gruntowną reorganizację, zaprowadzono najnowsze metody leczenia alkoholików i t. p. Na czele Zakładu stoi lekarz-psychjatra Dr. Zajączkowski, specjalista w leczeniu alkoholików. Właścicielem Zakładu jest Skarb Państwa, nadzór administracyjny sprawuje Starostwo Krajowe w Poznaniu.

Lekarze Sądowi. Na zasadzie rozporządzenia p. ministra sprawiedliwości z dn. 7. VIII. 31, wydanego w porozumieniu z Departamentem Służby Zdrowia, wszystkie czynności sądowo-lekarskie winni pełnić specjalni lekarze sądowi. Lekarze powiatowi mogą być powoływani do tych czynności tylko w braku stałego odpowiednio wykwalifikowanego lekarza sądowego.

Instytut Badania Raka. W dn. 22 listopada nastąpiło otwarcie w Wilnie instytutu do badania raka przy ul. Połockiej, w obecności arcybiskupa Jałbrzykowskiego, biskupów Bandurskiego i Michałkiewicza, wicewoj. Jankowskiego, rektora Januszkiewicza i licznych przedstawicieli świata nauki. Poświęcenia instytutu, przeznaczonego narazie na 40 łóżek, dokonał ks. arcyb. Jałbrzykowski. Przemawiali: prezes komitetu badania raka w Wilnie, dyr. Białas, wiceprez. polskiego komitetu do badania raka w Warszawie dr. Weinert, rektor uniwersytetu wileńskiego prof. Januszkiewicz i p. wicewoj. Jankowski. Otwarty instytut rakowy w Wilnie jest czwarty z kolei w Polsce po Warszawie, Łodzi i Lwowie.

Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych):

Nazwa chorób	Tydzień 43 od 18-24/X 1931 r.		Tydzień 44 od 25-31/X 1931 r.		Tydzień 45 od 1—7/XI 1931 r.		Tydzień 46 od 8—14/XI 1931 r.	
	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony
Dżuma	—	—	—	—	—	—	—	—
Ospa	—	—	1	—	—	—	1	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—	—	—	—	—
Dur brzuszny	408	25	355	32	268	27	305	25
Paradury	—	—	—	—	—	—	—	—
Dur plamisty	2	—	—	—	6	2	6	—
Dur powrotny	—	—	—	—	—	—	—	—
Czerwonka	12	—	16	1	8	2	7	—
Płonica	551	15	547	23	476	11	519	18
Błonica	441	23	453	22	449	20	440	27
Zap. op. mózg. (nagminne)	10	4	10	5	9	1	5	1
Odra	326	—	402	3	389	1	491	1
Róża	100	7	108	7	93	5	84	3
Krztusiec	109	3	126	4	146	5	96	4
Zimnica	2	—	—	—	13	—	1	—
Gorączka połogowa	21	6	27	9	32	6	21	4
Trąd	—	—	—	—	—	—	—	—
Jaglica	367	—	430	—	525	—	419	—
Wąglik	1	—	2	—	5	—	—	—
Nosacizna	—	—	—	—	—	—	—	—
Włośnica	—	—	1	—	—	—	—	—
Wścieklizna	—	1	—	—	—	—	—	—
Zatrucie mięsne	—	—	3	—	1	—	—	—
Choroba Heine Medina	5	1	1	—	—	—	1	—
Twardziel	—	—	—	—	—	—	—	—
Inne choroby zakaźne	93	2	143	3	127	5	113	3

Ze świata.

II. Międzynarodowy Zjazd Aktynologiczny w Kopenhadze. W dniach 15—18 sierpnia 1932 r. odbędzie się w Kopenhadze II Międzynarodowy Zjazd Aktynologiczny. Prezesem Komitetu Organizacyjnego Zjazdu jest dr. Axel Reyn, dyrektor Instytutu Finsena w Kopenhadze. Na zaproszenie Sekretarjatu Generalnego Zjazdu utworzył się wzorem innych narodowości Polski Komitet Narodowy. Wskutek śmierci ś. p. prof. Franciszka Krzyształowicza, prezesa Komitetu, przewodnictwo jego objął viceprezes Komitetu prof. fizyki U. W. Stefan Pieńkowski. W skład Komitetu wchodzą: dr. R. Bernhardt (Warszawa), dr. E. Bruner (Warszawa), dr. T. Dyboski (Kraków), dr. B. Grynkraut (Warszawa), dr. A. Jabłoński — fizyk (Warszawa), dr. W. Kapuściński — fizyk (Warszawa), prof. dr. A. Karwowski (Poznań), dr. K. Kauczyński (Lwów), doc. dr. W. Łapiński (Warszawa), prof. dr. K. Mayer (Poznań), prof. dr. M. Michałowicz (Warszawa), prof. dr. W. Orłowski (Warszawa), doc. dr. T. Pawlas (Kraków), dr. B. Sabat (Warszawa), dr. S. Starkiewicz (Busko), doc. dr. J. Zaorski (Warszawa), dr. W. Zawadowski (Warszawa), dr. E. Zboromirski (Łódź). Adres sekretarjatu Polskiego Komitetu Narodowego: Pracownia światło-lecznicza szpitala św. Łazarza — Warszawa (dr. E. Bruner). Tematy: główne Zjazdu: I. Znaczenie barwnika w biologji i jego rola lecznicza w naświetlaniach ogólnych. Referenci: Brody (Francja) i Miescher (Szwajcarja). Koreferenci: Hausser (Niemcy), Jausion (Francja), Keller (Niemcy), Peyri i Carulla (Hiszpanja), Polland (Czechosłowacja). II. Jak wyjaśnić działanie naświetlań ogólnych w leczeniu gruźlicy? Referenci: Sir Henry Gauvain (Anglja), Jesionek (Niemcy). Koreferenci: Brustein (Rosja), Bruner (Polska), Hess (Stany Zjednoczone), E. Hoffman (Niemcy), Stiemens (Holandja), Volk (Austrja). III. Podstawy i organizacja badań helioklimatycznych w łączności z potrzebami higjeny publicznej. Referenci: Hausmann (Austrja) i Rollier (Szwajcarja). Koreferenci: Ceresole (Italja), Delahaye (Francja), Hasché (Gdańsk), Leonard Hill (Anglja), Hutington (Stany Zjednoczone) i Lindholm (Szwecja). IV. Sprawozdanie z prac Komitetu Międzynarodowego ustalenia jednostki dawkowania w aktynologji. Referent: Saidman (Francja). Poza tem referaty na tematy dowolne z dziedziny badań biologicznych i biofizykalnych, dotyczących aktynologji oraz z dziedziny zastosowań leczniczych światła. Członkiem Zjazdu może być lekarz lub fizyk, jako też każda osoba, interesująca się sprawami, poruszanemi na Zjeździe. Udział w Zjeździe należy zgłaszać (najpóźniej do dnia 1 lipca 1932 r.) w Sekretarjacie Generalnym: dr. A. Kismayer, Kronprinsensgade I, Copenhague wraz z równoczesnem zawiadomieniem Polskiego Komitetu Narodowego. Opłatę za uczestnictwo (30 koron duńskich) należy przesłać do Skarbnika Zjazdu: dr. H. Kjoergaard, Finseninstitutet Strandboulevard, Copenhague. Odczyty, przeznaczone na Zjazd, muszą być zgłoszone w Sekretarjacie Generalnym Zjazdu i w Sekretarjacie Komitetu Narodowego Polskiego, najpóźniej do dnia 1 kwietnia 1932 r., krótkie zaś streszczenia odczytów (w języku francuskim, niemieckim lub angielskim) muszą być przesłane Sekretarzowi Generalnemu najpóźniej do dnia 1 maja 1932 r. Rozmiary streszczeń nie mogą przekraczać jednej stronicy druku, czyli w przybliżeniu 500 słów. Czas, przewidziany na wygłoszenie odczytu wynosi 15 minut, na przemówienie w rozprawie — 5 minut. Bliższych informacyj udziela Sekretarjat Komitetu Narodowego Polskiego.

Międzynarodowe kursy dokształcające dla lekarzy w Berlinie urządza w roku 1932 Związek docentów dla dokształcania lekarzy, przy pomocy Wydziału lekarskiego i instytucyj zakładu „das Kaiserin Friedrichhaus".

A mianowicie na wiosnę 1932 roku projektowane są następujące kursy:

1) Kurs z zakresu medycyny wewnętrznej, na klinice Bergmana od 29 lutego do 5 marca.

2) „Zawód i choroba", ze szczególnem uwzględnieniem czynności opiniodawczej od 7 do 14 marca 1932.

3) Tydzień położniczo-ginekologiczny od 14 do 19 marca 1932.

4) Kurs dokształcający dla chirurgów od 4 do 9 kwietnia 1932.

5) Postępy praktyczne w zakresie rentgenodiagnostyki i promieniolecznictwa od 10 do 17 kwietnia 1932.

6) Kursy specjalne z zakresu wszystkich gałęzi medycyny odbywają się każdego miesiąca w połączeniu z zajęciami praktycznemi.

Na jesień 1932 roku są projektowane kursy z zakresu: medycyny wewnętrznej, urologji, chirurgji klatki piersiowej, okulistyki, psychoterapji, gruźlicy.

Wszelkich wyjaśnień w sprawie tych kursów udzieli sekretarjat kursów: Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4.

Sprostowanie.

W spisie rzeczy zawartych w numerze 50-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z roku 1931 wymieniono między innemi także pracę Dr. A. Landaua i W. Heimana p. t. „Studja kliniczne nad skazą krwotoczną", która była przeznaczoną dla tego numeru. Z przyczyn jednak od redakcji niezależnych praca ta musiała być w ostatniej chwili wycofaną. W miejsce tej pracy ogłoszono w numerze 50-tym pracę Dr. M. Szajny p. t.: ‚Przypadek mózgowo-rdzeniowej postaci plamicy bez małopłytkowości".

Redakcja otrzymała.

André Philibert. „Précis de bactériologiè". Masson et Cie. Paris. 1931.

P. Rudaux et St. Montlaur. „Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire". Masson et Cie. Paris. 1931.

H. Vigneron. „Manuel des calculs de laboratoire". Masson et Cie. Paris. 1931.

C. G. Roger et L. Binet. „Traité de physiologie normale et pathologique" Tome II. Alimentation et digestion. Masson et Cie. Paris. 1931.

Mikułowski Wł. „Problem konfliktu leczniczego w kile". Odb. z Nowin lekarskich. nr. 21. z r. 1931.

Mikułowski Wł. „Ueber spontane Serumkrankheit". Odb. z Monatsschrift für Kinderheilkunde, Band 50, Heft 5.

Mikułowski Wł. „Infection méningée mixte a diplocoque de Weichselbaum et bacille de Koch". Odb. z Archives de médecine des enfants. Tome XXXIV, nr. 11. 1931.

Mikułowski Wł. „Zakażenie mieszane opon mózgowych dwoinką Weichselbauma i prątkami Kocha". Odb. z „Gruźlicy" nr. 4, z r. 1931.